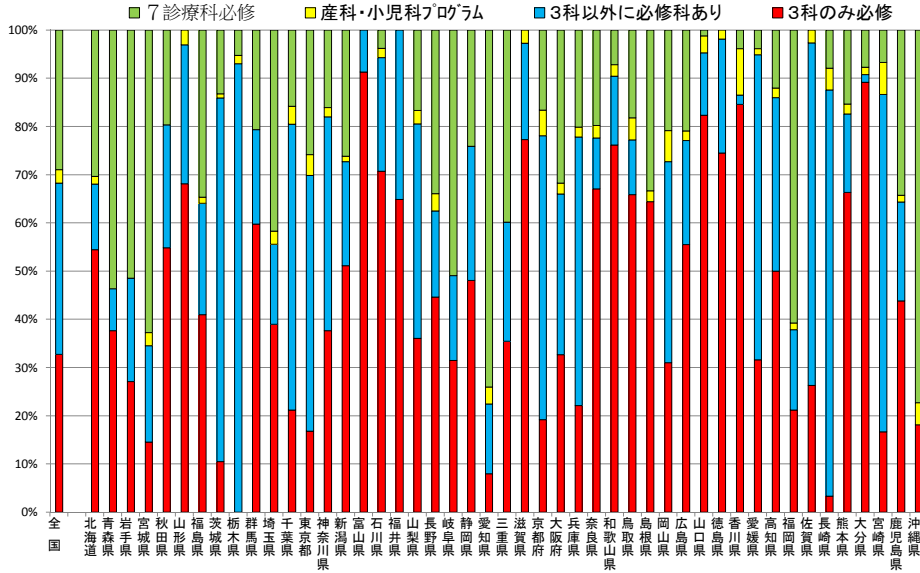


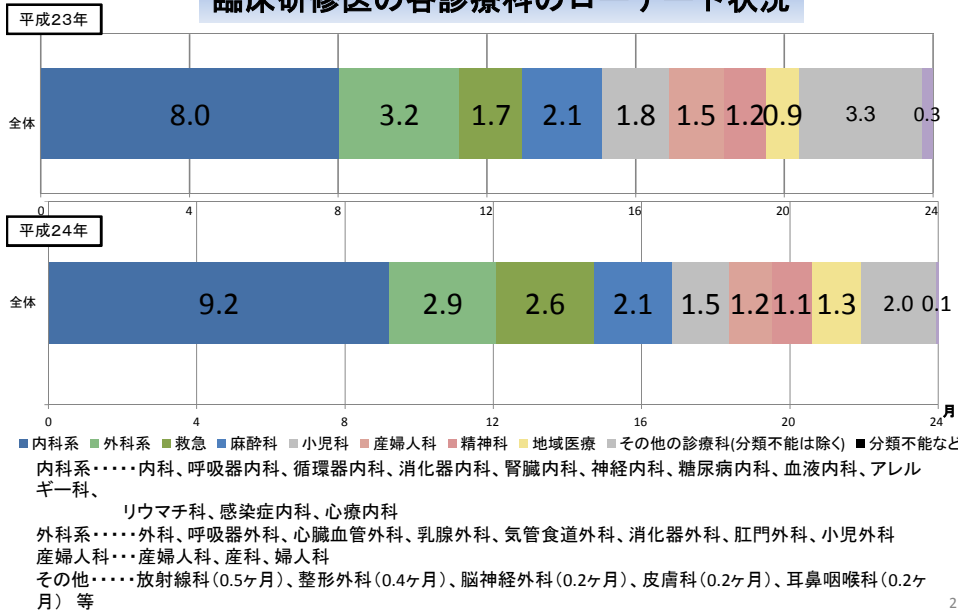
研修プログラムの状況について (23年度研修の内定者)



1

臨床研修修了者アンケート調査結果

臨床研修医の各診療科のローテーション状況

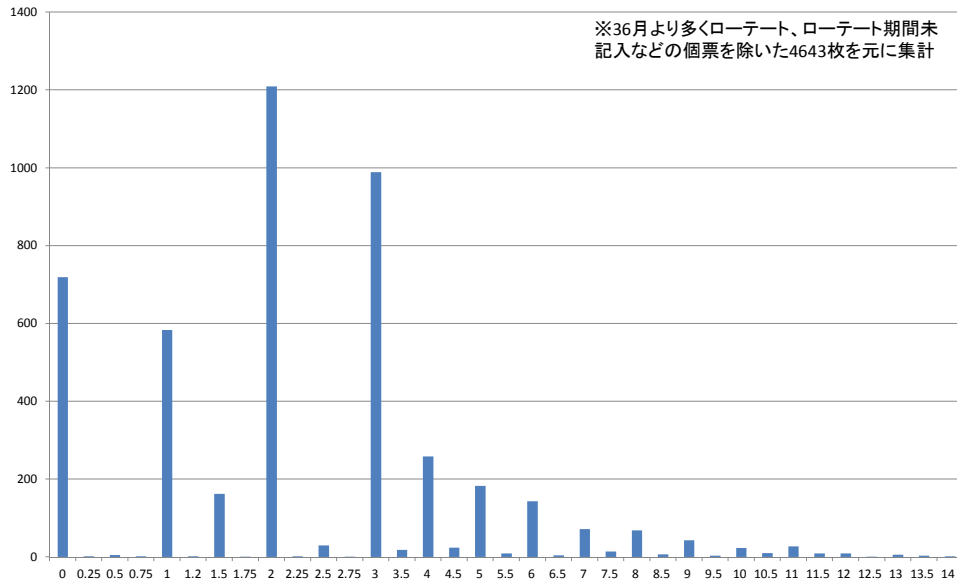


2

ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

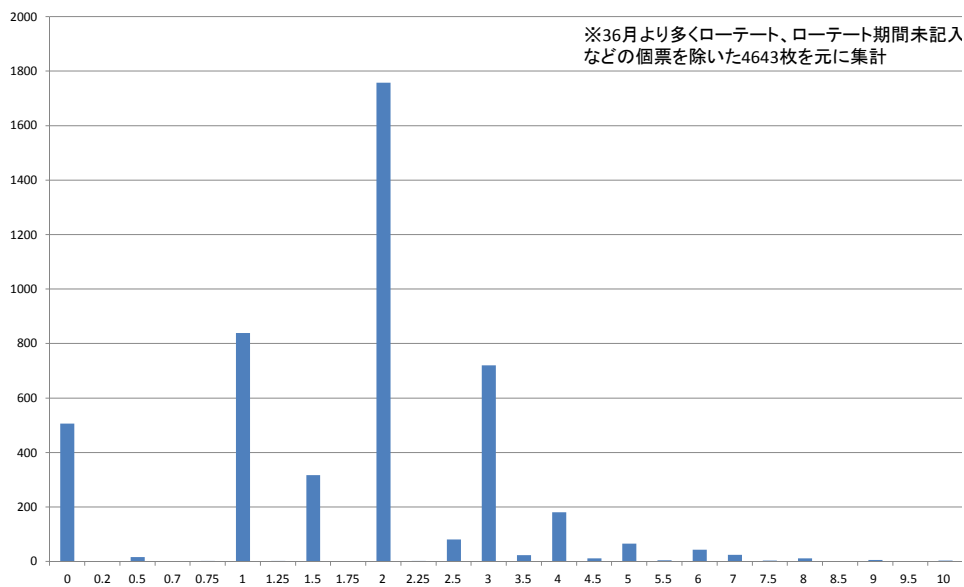
外科のみ



ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

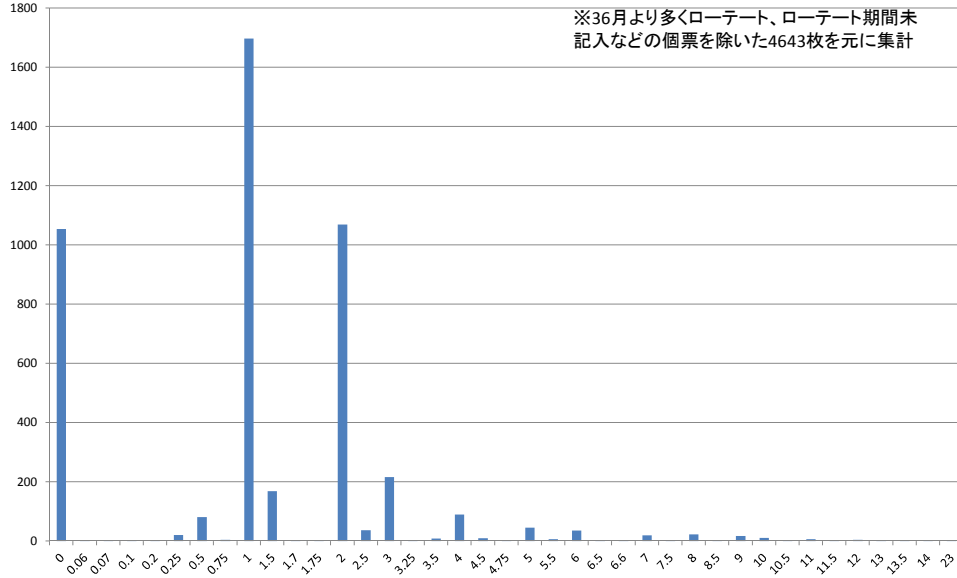
麻酔科



ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

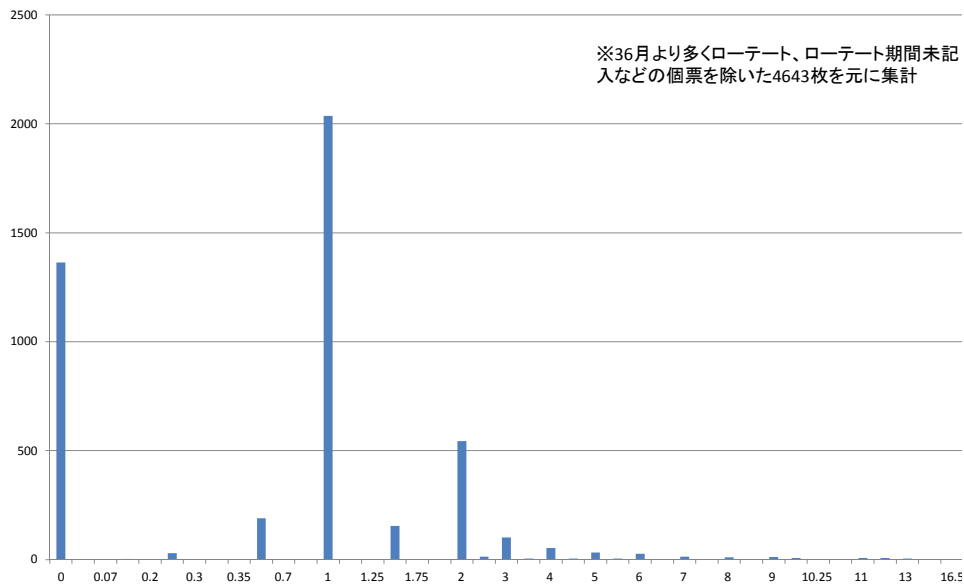
小児科



ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

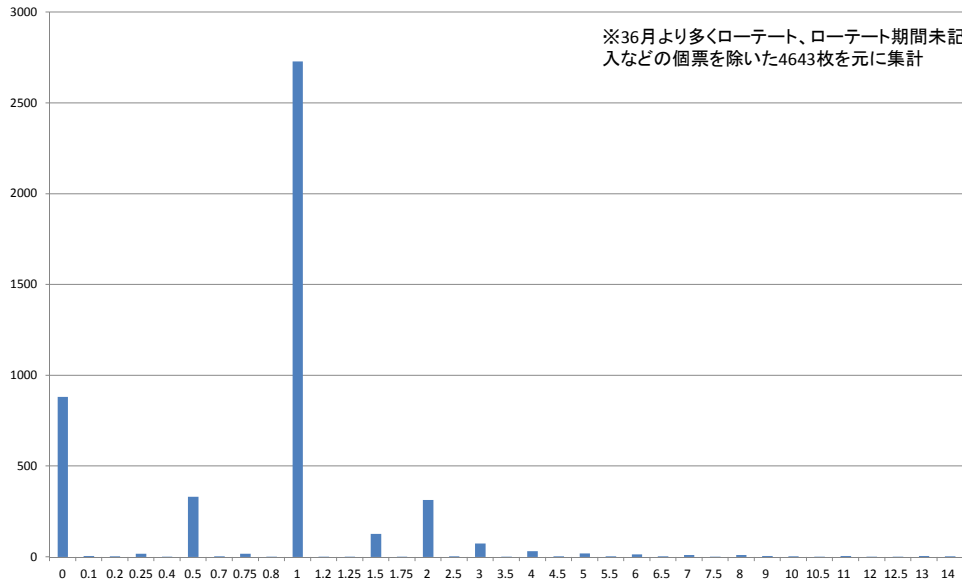
産婦人科



ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

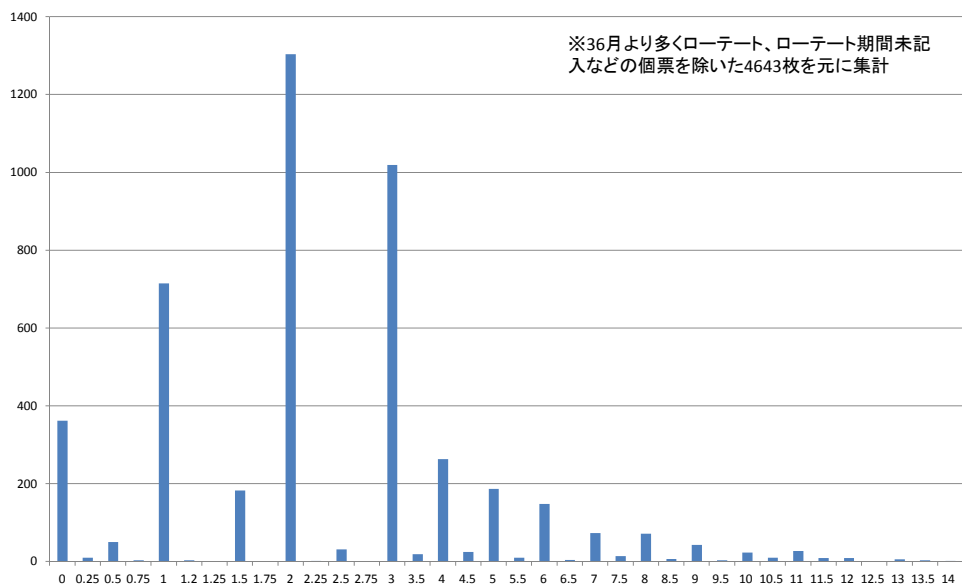
精神科



ローテート期間の分布状況

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（調査期間：平成24年3月1日～4月20日）

外科系



専門医取得者数の推移①

事務局提出資料3

(出典：全国医学部長病院長会議 専門医研修(いわゆる後期研修)についてのアンケート調査集計(平成24年10月現在))

番号	学会名	専門医の名称	専門医取得者数の推移(新臨床研修修了者が取得し始めた年に○印をつけて下さい)													備考	
			新規入会者数														
			平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平均人数 前(平成14・15) (B)制度導入後 北(%) (A/B*100)			
1	日本内科学会	総合内科専門医	3,577	4,007	3,027	3,515	3,387	3,245	3,246	3,075	3,235	2,988	1,791	3,792	3,112	82	平成24年度は年度途中であり、試験がまだ実施のため中間集計です。
2	日本小児科学会	小児科専門医	740	861	391	472	704	729	797	797	770	676		465	305	66	
3	日本皮膚科学会	認定皮膚科専門医	212	336	276	478	243	378	303	257	277	355	33(計算から除外)	274	296	108	※平成24年度の新規入会者数は平成24年7月7日現在の数値
4	日本精神神経学会	精神科専門医	484	646	1,202	1,038	1,595	918	664	574	674	450		565	624	110	
5	日本外科学会	外科専門医	0	0	0	0	1,736	2,152	3,363	○3,192	120	0		0	1,656	-	
			1,019	1,024	499	707	818	910	832	892	1,031	1,054		1,022	992	97	
			-	-	-	-	-	368	278	○796	814	800		-	803	-	
			648	621	281	396	523	554	550	500	590	463	243	635	353	56	平成24年度 8月末日現在
6	日本整形外科科学会	整形外科専門医	472	461	585	596	497	554	593	568	526	○476	400	467	438	94	
7	日本産婦人科学会	産婦人科専門医	417	415	138	184	358	385	447	497	540	493		416	510	123	
			340	296	271	312	352	331	349	○339	305	393		318	346	109	
			460	379	131	86	329	307	330	247	269	234		420	252	60	
8	日本眼科学会	眼科専門医	329	426	354	351	353	446	299	172	○228	283		378	256	68	
			307	256	52	71	179	186	195	228	200	203	177	282	202	72	
9	日本耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医	282	264	215	194	257	258	243	95	○173	160	未定	273	167	61	

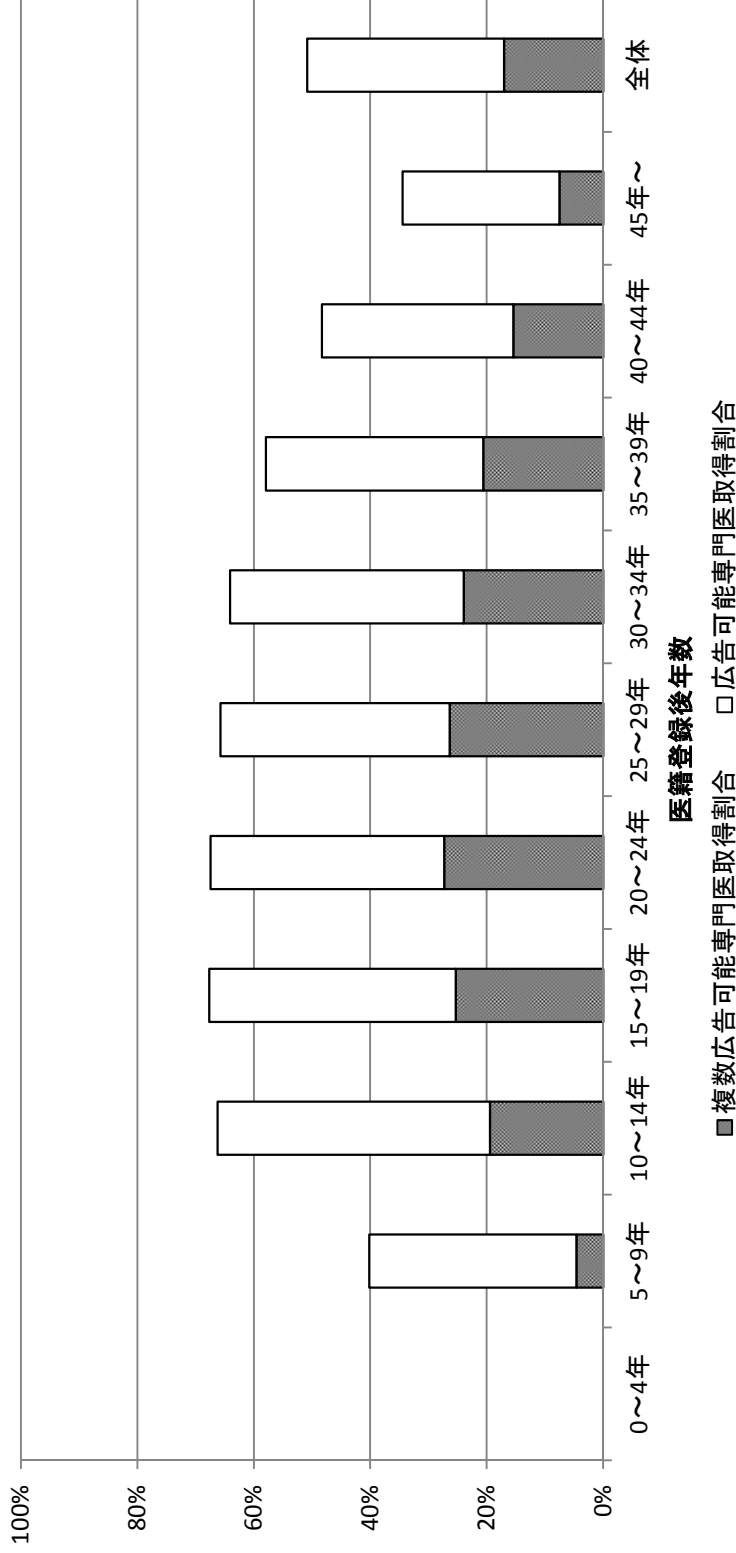
専門医取得者数の推移②

(出典：全国医学部長病院長会議 専門医研修(いわゆる後期研修)についてのアンケート調査集計(平成24年10月現在))

番号	学会名	専門医の名称	専門医取得者数の推移(新臨床研修修了者が取得し始めた年に○印をつけて下さい)											平均人数 前(平成14・15) 後(平成22・23)	制度導入前後の差 率(%) (B-A)/A*100	備考		
			新入会者数 新たに専門医資格を取得した者の数															
			平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年					
10	日本泌尿器科学会	泌尿器科専門医	243	230	102	77	171	193	169	199	169	213	192	191	237	81	※平成24年入会者は8月末現在	
11	日本脳神経外科学会	脳神経外科専門医	227	196	176	187	245	185	232	69	○159	178	156	164	212	78		
12	日本医学放射線学会	放射線科専門医	230	226	96	155	160	212	195	210	250	207	229	229	228	100		
			192	222	208	191	202	200	227	208	○169	165	167	167	207	81		
			291	298	162	168	320	336	352	318	313	299	211	255	295	87	8月末現在	
			213	224	202	219	245	229	224	85	189	○233	244	239	219	109		
13	日本麻酔科学会	麻酔科専門医	443	488	281	369	559	589	636	607	573	496	391	496	466	107	※平成24年8月末現在	
			270	285	254	223	321	336	141	158	194	○323	323	323	278	116		
14	日本病理学会	病理専門医	-	76	61	-	246	186	222	209	274	258	111	185	-	-	平成24年は4/1-8/30時点の数字	
			74	76	52	52	49	69	66	64	62	○73	72	73	75	97		
15	日本臨床検査医学会	臨床検査専門医	212	237	266	306	255	325	410	283	279	248	200	225	225			
			27	27	33	24	26	23	29	15	18	18	16	0	27	-	取得者がいないため○印なし	
16	日本救急医学会	救急科専門医	673	874	1,027	1,176	1,009	892	825	689	736	662	662	699	774	90	※医師のみ	
			196	110	146	186	155	117	147	187	○211	237	224	224	153	146		
			※認定医	※認定医	※認定医	※相し内113名 認定医	※相し内89名 認定医	※相し内58名 認定医										
17	日本形成外科学会	形成外科専門医	215	201	141	165	224	181	189	137	141	167	154	208	208	74		
			77	74	88	80	76	93	110	110	○143	149	146	76	76	193		
18	日本リハビリテーション医学会	リハビリテーション科専門医	585	548	508	512	538	438	421	513	419	509	480	567	567	85	年度：4/1-3/31まで 平成23年は24年3月認定の方	
			33	40	29	46	50	48	59	○49	62	71	61	37	37	166		

広告可能専門医の取得状況

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」
 （※平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査における広告可能専門医の取得状況より、医療施設の従事者について集計したもの。）



医籍登録後年数		0～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20～24年	25～29年	30～34年	35～39年	40～44年	45年～	全体
広告可能 専門医	取得割合	0.0%	40.2%	66.3%	67.7%	67.4%	65.8%	64.1%	57.9%	48.3%	34.5%	50.9%
	うち複数取得	0.0%	4.6%	19.5%	25.4%	27.3%	26.4%	24.0%	20.6%	15.5%	7.6%	17.0%

臨床研修制度に関する経緯

1

臨床研修制度に関する経緯

○昭和23年 インターン制度を開始(国家試験の受験資格を得るために必要な課程)

※昭和21年 国民医療法施行令改正によるインターン制度の創設

(当時の問題点) インターン生の身分・処遇が不明確、指導体制が不十分

○昭和43年 臨床研修制度創設(医師免許取得後2年以上の努力義務)

【指摘されていた問題点】

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

○平成16年 新制度の施行(平成12年医師法改正(臨床研修の必修化))



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

【指摘された問題点】

1. 専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる
2. 受入病院の指導体制等に格差が生じている
3. 大学病院の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化
4. 募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中

○平成21年 臨床研修制度の見直し(新基準は平成22年度の研修から適用)

2

①臨床研修制度のこれまでの経緯

	旧制度	新制度	
	～平成15年度	平成16年度～	平成22年度～
基本理念	診療に関する知識及び技能を実地に錬磨するとともに、医師としての資質の向上を図る	医師としての人格のかん養とプライマリケアの基本的な診療能力の修得	
研修期間	2年以上の努力義務	2年以上必修	
研修プログラム	到達目標を達成できる研修プログラム	到達目標を達成できる研修プログラム (必修項目あり:症例レポートの提出など) (7科必修) (3科必修、2科選択必修)	
研修病院の 主な指定基準	・約300床以上、又は年間入院患者数3,000人以上	・臨床研修を行うために必要な症例があること	・年間入院患者数3,000人以上(※1)
	・各診療科ごとに十分な指導力を有する指導医を配置	・指導医が受け持つ研修医は5人までが望ましい	・研修医5人に対して指導医を1人以上配置(※1)
	・年間剖検例20体以上	・臨床病理検討会が適切に開催されている	
		・研修医に対する適切な処遇を確保している	

(※1)・・・平成24年3月31日まで激変緩和措置あり

3

②臨床研修制度のこれまでの経緯

	旧制度	新制度	
		平成16年度～	平成22年度～
研修医の評価 (修了認定)	研修期間の中途及び終了時に適切な評価を実施	研修管理委員会において ・研修実施期間の評価 ・臨床研修の目標の達成度の評価 ・臨床医としての適性の評価 を行うことについて規定(修了基準)	
研修医の 募集定員	募集定員に関する規定なし	1年次、2年次の研修医の合計が「病床数を10で除した数」又は「年間の入院患者数を100で除した数」を超えないもの ・上記の範囲で各病院が募集定員を設定	・過去の受入実績、医師派遣実績等に基づき病院ごとに募集定員を設定(※2) ・都道府県別上限あり(※2)

(※2)・・・平成26年3月31日まで激変緩和措置あり

4

平成21年臨床研修制度の見直しの概要

(平成22年度の研修から適用)

1 見直しの趣旨

臨床研修制度の基本理念の下で臨床研修の質の向上を図るとともに医師不足への対応を行う。

※基本理念…医師としての人格のかん養と基本的な診療能力の修得

2 見直しの内容

(1) 研修プログラムの弾力化

- ・必修の診療科は内科、救急、地域医療とする。 ※従来は、内科、外科など7診療科が必修。
- ・外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択必修科目とする(2科目を選択して研修を行う)。
- ・一定規模以上の病院には、産科・小児科の研修プログラムを義務付ける。

(2) 基幹型臨床研修病院の指定基準の強化

- ・新規入院患者数、救急医療の提供などについて、基準を強化する。
- ・新基準を満たさなくなる病院は、研修医の受入実績等を考慮し指定の取り消しを行うか否かを定める。

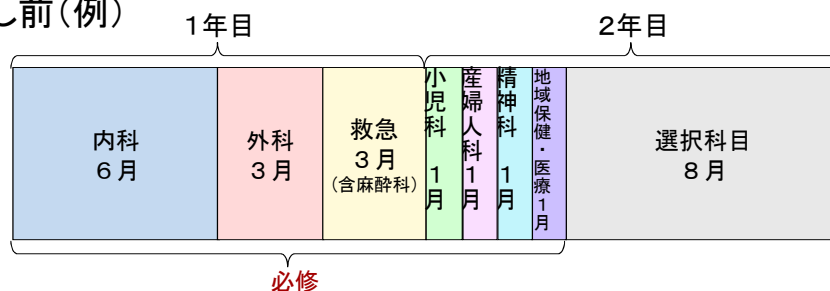
(3) 研修医の募集定員の見直し

- ・都道府県別に募集定員の上限を設定する。
- ・病院の募集定員は、研修医の受入実績や医師派遣等の実績を踏まえ設定する。
- ・募集定員が大幅に削減されないように、前年度採用内定者数(マッチ者数)を勘案して激変緩和措置を行う。

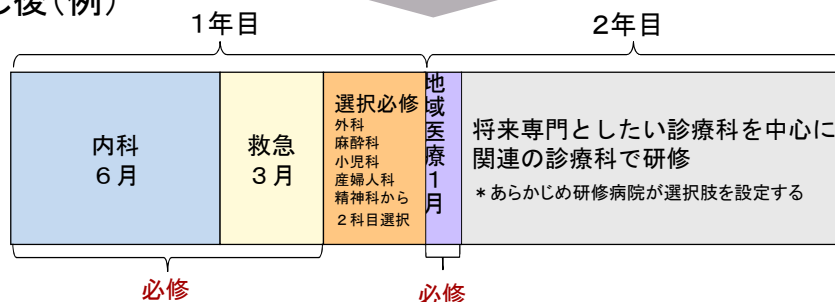
5

研修プログラム見直しのイメージ

制度見直し前(例)



制度見直し後(例)



6

基幹型臨床研修病院の指定基準の見直し

(平成22年度の研修から適用)

改正前

○臨床研修を行うために必要な症例があること(内科、外科、小児科、産婦人科、精神科の年間入院患者数が ≥ 100 人以上)

○救急医療を提供していること

○臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること

○指導医1人が受けもつ研修医は、5人までが望ましいこと

※指定基準は、協力型臨床研修病院等と共同で満たす

改正後

○臨床研修を行うために必要な症例があること(年間入院患者数が $\geq 3,000$ 人以上)

○救急医療を提供していること

○臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること

○研修医5人に対して指導医を1人以上配置すること

※指定基準は、基幹型臨床研修病院が単独で満たす

7

都道府県別募集定員の上限の考え方

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

① 人口分布

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

② 医師養成状況

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

③ 地理的条件

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

①と②の多い方

+

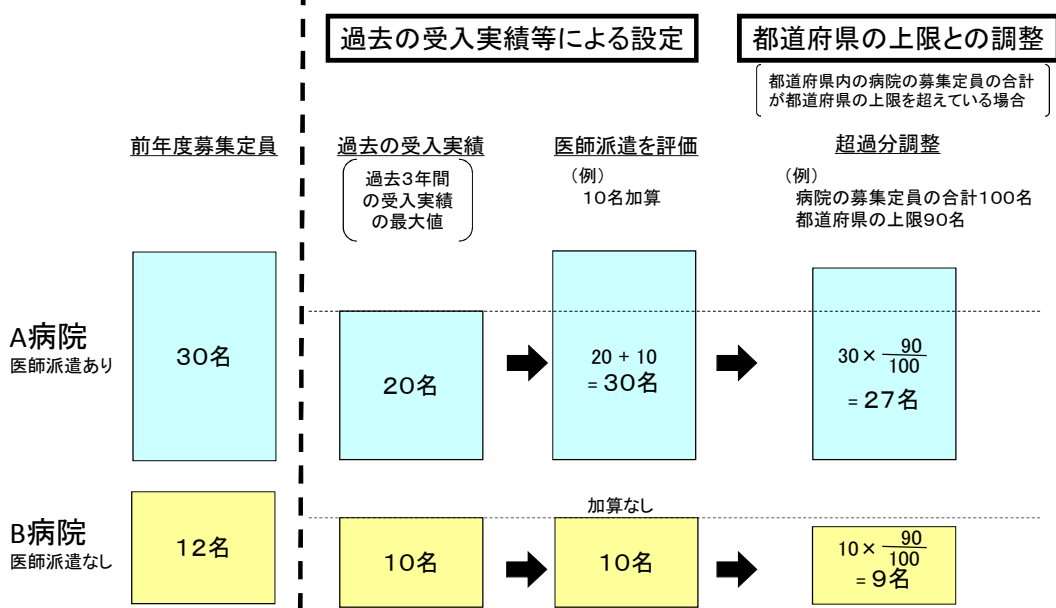
③

都道府県別の募集定員の上限

【激変緩和措置】 募集定員の上限が、当該都道府県内の研修医の受入実績より10%以上少ない場合には、受入実績に0.9を乗じて得た数値とする。(平成26年度に研修を開始する研修医の募集まで)

8

研修病院の募集定員設定方法

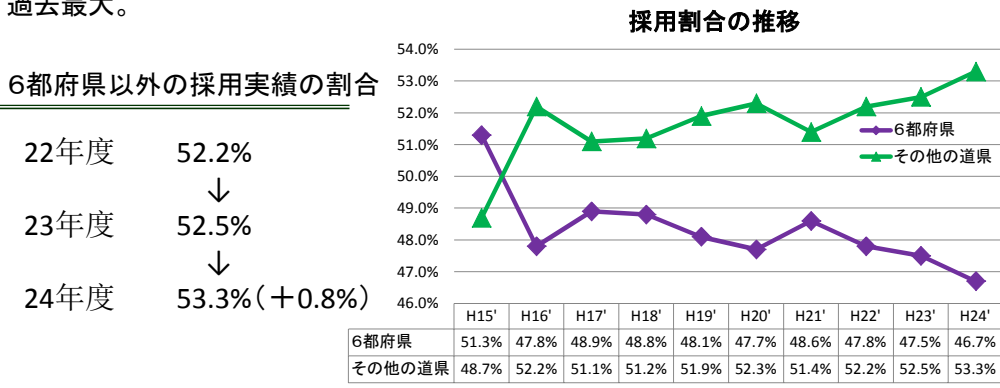


【都道府県の調整】 都道府県別の募集定員の上限の範囲内で、各病院の募集定員を調整することができる。
 【激変緩和措置】 募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする。(平成26年度に研修を開始する研修医の募集まで)

研修医の採用実績①(平成24年度研修)

1・6都府県とその他の道県

○ 都市部の6都府県(東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県)以外の道県の採用実績の割合は、昨年度に引き続き増加し、平成16年度の新制度導入後、過去最大。



6都府県以外の採用実績の割合

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

	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

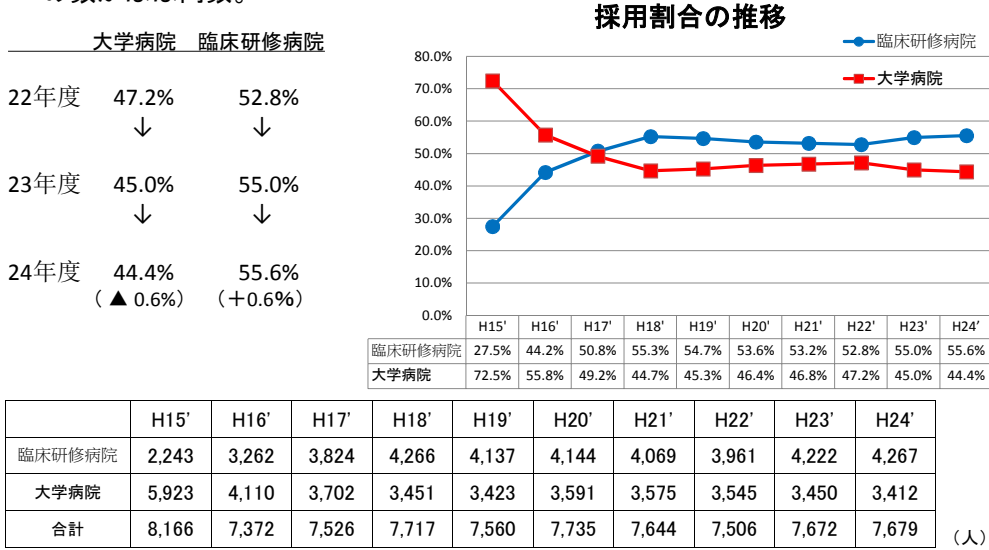
(人)

平成24年8月22日公表

研修医の採用実績②(平成24年度研修)

2. 大学病院と臨床研修病院

- 大学病院の採用実績の割合は、昨年度より減少。
- 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。



平成24年8月22日公表

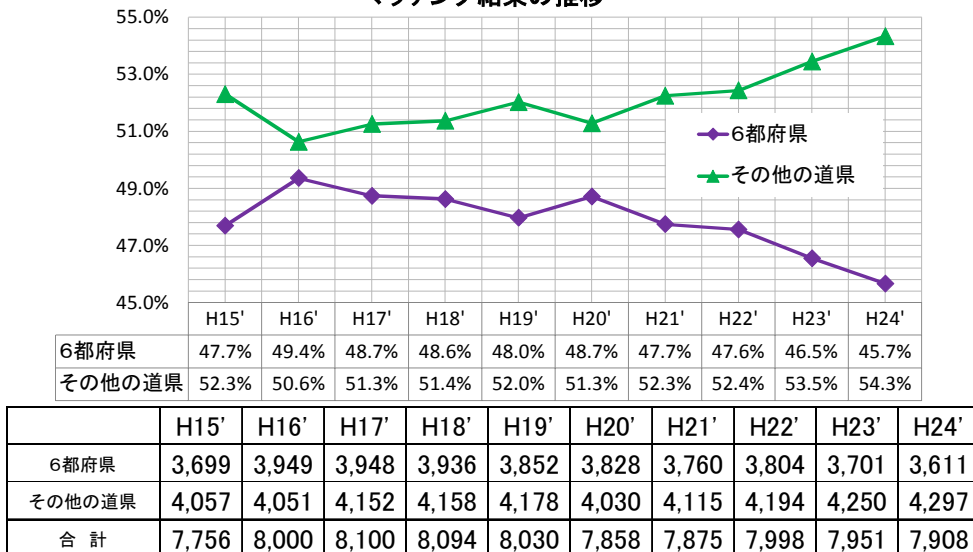
11

研修医のマッチング①(平成25年度研修)

1. 地域別の状況

- 都市部の6都府県(東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県)以外の道県の内定者の割合は、前回より増加して54.3%となり、平成16年度の新制度導入後、過去最大になりました。
- 6都府県以外の41道県のうち、20の道県(49%)で前回より内定者数が増加し、20の県(49%)で減少しました。(1県は前年同数です。)

マッチング結果の推移



平成24年10月25日公表

12

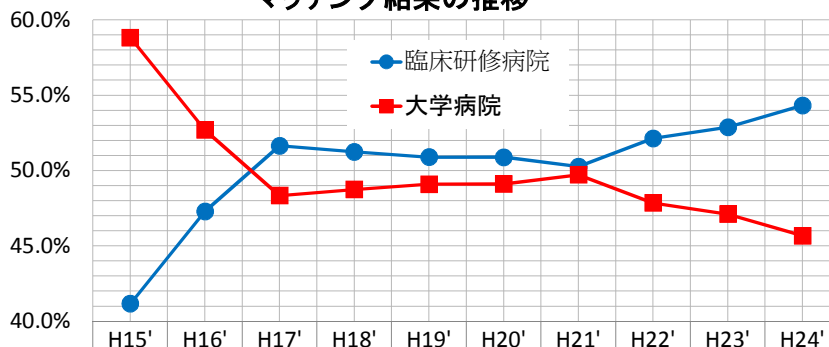
研修医のマッチング②(平成25年度研修)

2. 大学病院と臨床研修病院別の状況

○大学病院の内定者の割合は45.7%となり、前回よりも減少しました。

○大学病院116病院のうち、44病院(38%)で前回より内定者数が増加し、57病院(49%)で減少しました。
(15病院は前年と同数です。)

マッチング結果の推移



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
臨床研修病院	41.2%	47.3%	51.7%	51.2%	50.9%	50.9%	50.3%	52.1%	52.9%	54.3%
大学病院	58.8%	52.7%	48.3%	48.8%	49.1%	49.1%	49.7%	47.9%	47.1%	45.7%

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'
臨床研修病院	3,193	3,784	4,184	4,148	4,087	3,999	3,959	4,170	4,205	4,296
大学病院	4,563	4,216	3,916	3,946	3,943	3,859	3,916	3,828	3,746	3,612
合計	7,756	8,000	8,100	8,094	8,030	7,858	7,875	7,998	7,951	7,908

平成24年10月25日公表

基本理念における「プライマリ・ケアの基本的な診療能力(態度・技能・知識)」についての委員からのご意見

(参考)基本理念

「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(平成15年6月12日厚生労働省医政局長通知)第二の2「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、**プライマリ・ケアの基本的な診療能力(態度・技能・知識)**を身に付けることのできるものでなければならない」

	「プライマリ・ケア」に対する修正等	理由等
1	修正案: 「医師としての基本的診療能力」	<ul style="list-style-type: none"> ○ 初期研修の目標の文言の中に、わざわざ、解釈の幅広い「プライマリ・ケア」を入れることに抵抗を感じる。「プライマリ・ケア」の前にかんがりの説明があるべきなので、むしろ、「医師としての基本的診療能力」でもよい。 ○ 態度の中に含まれる「マインド」「気持ち」が、もう少し強調されてよい。 ○ 卒前教育において達成されるべき能力、特に、技能、態度面での能力の達成度が不十分であり、このため、初期研修で目標の達成が不十分である場合が多い。
2	修正案: 「基本的な診療能力(態度・技能・知識)」	
3	加筆訂正の必要なし	<ul style="list-style-type: none"> ○ この基本的理念に加筆訂正の必要は無いが、「プライマリ・ケア」については定義する必要がある。
4	使用しない方がよい	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「プライマリ・ケア」という用語が、個人のもっている背景によって解釈が異なるようなら、誤解を招かないように使用しない方がよいかもされない。そのときには、基本的臨床能力についてのコンセンサスも必要である。将来たとえば内科医になろうとするものと外科医になろうとするものの「基本的臨床能力」は同一であることを認識している必要がある。 ○ 将来どのような分野に携わるかに関わらずに必要な基本的臨床能力は共通のもの、と考えているが、ご意見が分かれるところだと思つので、今後の議論が必要と思われる。 ○ 医学教育学会から、「本制度が導入された社会的背景、超高齢社会においては、『全人的な医療を遂行するために、すべての医師が一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応するための基本的な診療能力(態度・技能・知識)を身に付けている必要がある』という情勢には変化がないどころか、一層求められているからである。一方で、「プライマリ・ケア」という用語については、世界の先進諸国では一つの専門領域として認識されており、2年間の臨床研修終了をもってプライマリ・ケアにおける十分な診療能力が身につくという誤解を招く可能性があるがあるので、この用語の使用は避けることが望ましい。」という提言があつた。

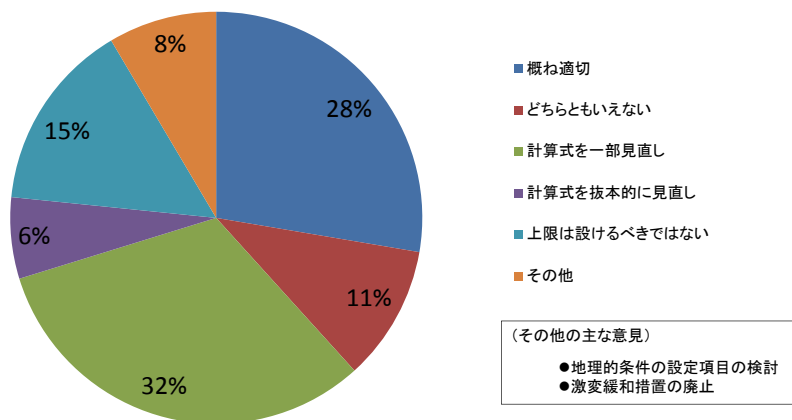
都道府県 医師臨床研修に関するアンケート調査 結果（概要）

平成24年11月実施

1

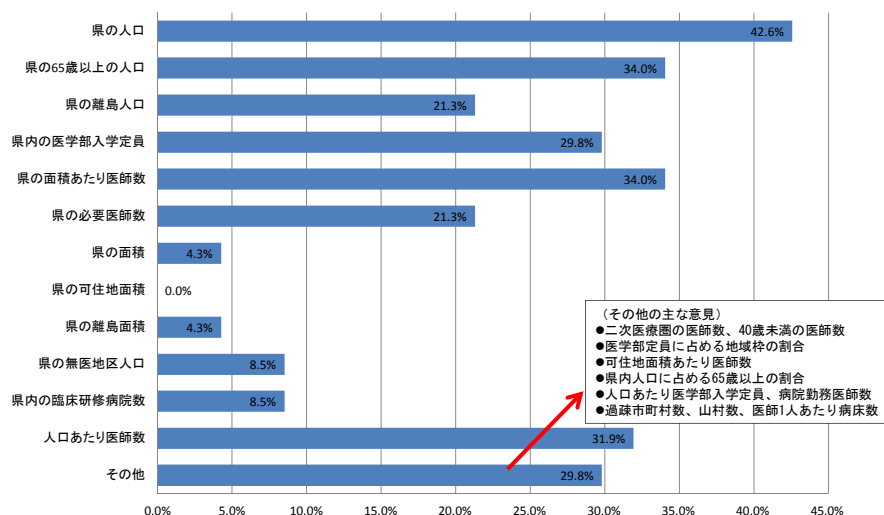
1. 都道府県募集定員の上限

①算出方法についてどのように思うか



2

②都道府県募集定員の上限を決定する要素として、重要と思われるもの（最大3つまでの複数回答）



3

③都道府県募集定員の上限等に関する主な意見

- ・ 募集定員と研修希望者数を概ね一致させるべき
- ・ 地域間格差是正のための調整係数を設定すべき
- ・ 医学部入学定員は地域の医療需要等と相関はないため、要素に入れるべきでない
- ・ 人口当たり医師数が全国平均を下回っている場合は、上限を設けないか補正係数を設定すべき
- ・ 激変緩和措置の廃止により定員が減る地域への配慮
- ・ 地域枠を別枠で純増されるのであれば、計算式は現行でもよい
- ・ 地域枠の定員数を単純に増加させるべきではない
- ・ 病院の募集定員には過去の実績のみならず、指導体制や努力を反映すべき
- ・ マッチ保証を廃止すべき

4

2. 都道府県による募集定員の調整

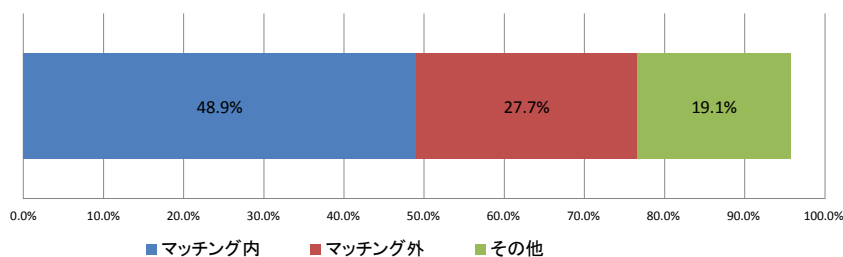
①都道府県の役割についての主な意見

- ・ 実質的に調整できる定員がない
- ・ 指定手続等は厚生局で行っているため、募集定員の調整のみを県で行うのは困難

5

3. 地域枠学生とマッチング等

①マッチングの適否(都道府県内の医療機関から自由に選択し研修する地域枠の場合)



(参考)

【マッチング内】であるべきとする主な理由

- ・ 現行制度でも希望順位の選択等の工夫で対応可能
- ・ 一般学生との公平性
- ・ マッチング外とすると、病院側が選考試験・面接の機会を逸し人物確認ができない
- ・ マッチング外とすると、本人の学習意欲の低下の恐れ
- ・ マッチング外とすると県が調整をすることになる
- ・ 他県からの流入の可能性がある

【マッチング外】であるべきとする主な理由

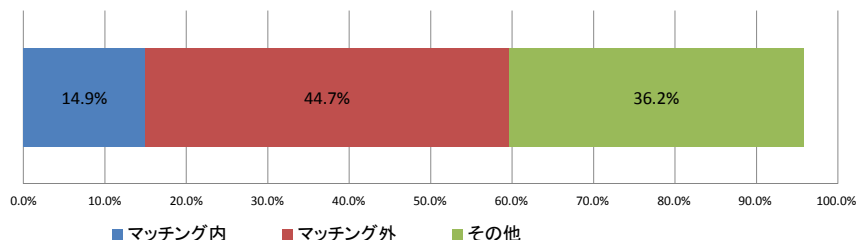
- ・ アンマッチの恐れ

【その他】の主な意見

- ・ 原則はマッチング内とし、アンマッチの場合などに例外的に定員を上乗せすべき
- ・ 各病院の定員の内数で、地域枠のための定員を都道府県が設定できるようにすべき
- ・ マッチング外にすると、1病院の定員を上回る地域枠学生が集まった場合の調整が困難

6

②マッチングの適否(都道府県内の特定の医療機関で研修する地域枠の場合)



(参考)

【マッチング内】であるべきとする主な理由

- ・マッチング外で扱った場合、学生のモチベーションやレベルを低下させる恐れ
- ・一般学生との公平性

【マッチング外】であるべきとする主な理由

- ・自治医大生と同様に扱うべき
- ・アンマッチを防止するため
- ・マッチング内とすると、学生に自由な病院選択が可能であると期待されてしまう
- ・マッチング内とすると、実質的なマッチング募集人数(一般枠の数)がわかりにくくなり透明性が低下する恐れ
- ・マッチングにはなじまない。ただし、定員の人数にすべき

7

③地域枠と定員の関係(複数回答)

項目	割合
1 都道府県上限に加算すべき	48.9%
2 指定された医療機関に加算すべき	36.2%
3 その他	21.3%
4 配慮する必要なし	19.1%

(その他の主な意見)

- 単純に加算するのではなく、定員と希望者数が乖離しないような設定が必要
- 地域枠定員分は、別枠で純増してカウントすべき

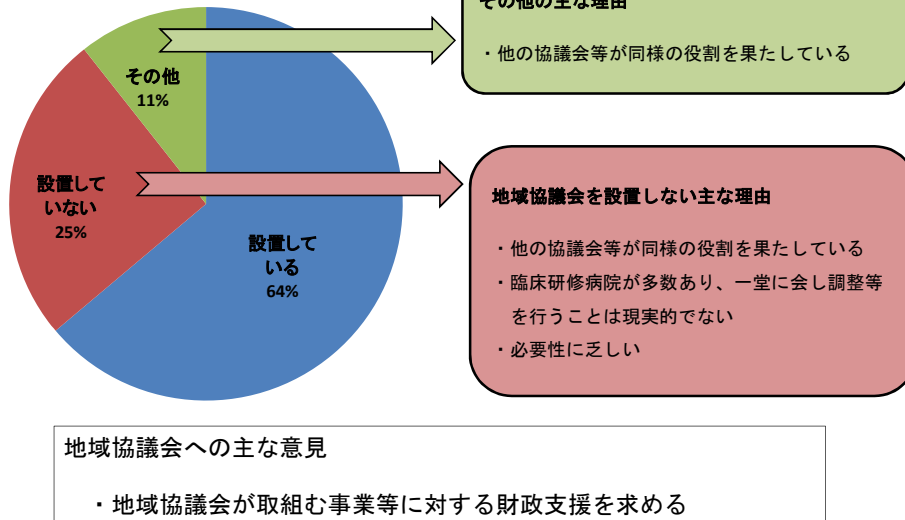
④地域枠への主な意見

- ・地域枠学生の人数が多いため、マッチング外とすると、事前調整も膨大になりなじまない
- ・マッチングの理念を尊重すれば地域枠を例外扱いする必要はない
- ・地域枠に対応したスーパーローテートプログラムを増加させた場合の、補助金の加算措置等を講じられたい
- ・奨学金貸与者に限らず県内で勤務することを条件として入学した者もマッチ外にすべき

8

4. 地域協議会

①設置の有無



9

5. その他

①医師臨床研修制度全般についての主な意見

- ・都市部と地方、人気病院とそれ以外の病院との研修医数の乖離を解消すべき
- ・指定基準における中小病院への配慮が必要
- ・基礎医学への配慮、死因究明に係る解剖医の不足への配慮が必要
- ・マッチ保証を継続すべき
- ・自治医大も含め、地域枠定員を別枠化すべき
- ・定員20人未満でも小・産プログラムの特例定員を設定すべき
- ・奨学金への財政支援が必要
- ・修了評価につき、院外の人や外部機関によるチェック等も必要
- ・指定基準の3,000人は、医療資源の小さな地域などでは弾力的な運用が必要ではないか

10

速報値

6. 地域枠学生数の推移 (H24.8現在)

(※臨床研修期間中に県内勤務要件が課されている奨学金貸与者に限る)

	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	計
入学年度	平成24年度	平成23年度	平成22年度	平成21年度	平成20年度	平成19年度	
貸与実績	740	706	666	453	282	225	3,072
うち定員増	628	599	552	309	109	35	2,232

11

若手医師の動向について

事務局提出資料4

○臨床研修修了者について、卒業医学部ごとに、

- ・「高校等まで最も長いた都道府県(いわゆる、出身都道府県)」
- ・「臨床研修を行った基幹型病院が所在する都道府県(原則として、医師1・2年目)」
- ・「臨床研修修了後に従事する予定の都道府県(原則として、医師3年目)」

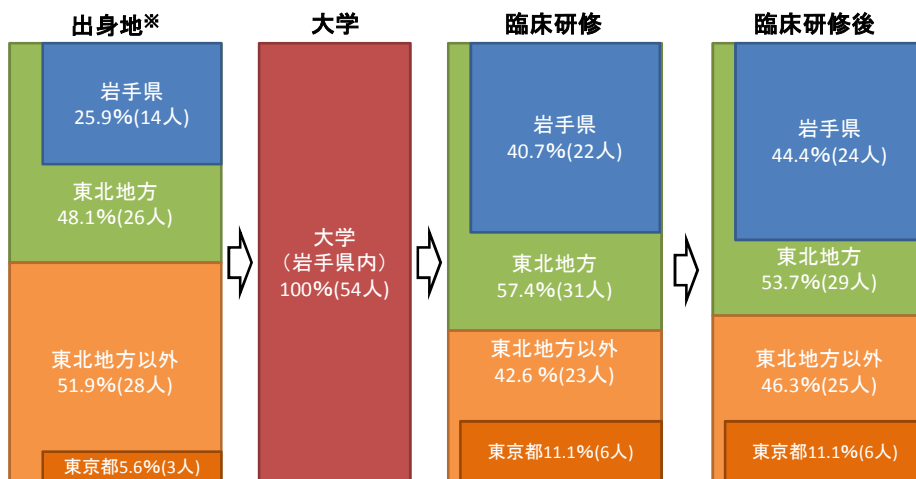
を尋ねたところ、以下のような傾向が見られた。
(出典:平成24年臨床研修修了者アンケート調査)

○各都道府県の卒業医学部の人数を100(%)とし、その動向をみると、多くの都道府県で、

- ・当該都道府県出身者数に比べ、**医師1・2年目及び3年目で当該都道府県の医師数が増加**する。
(卒業生は、当該都道府県の出身者数以上に当該都道府県に定着している。)
- ・**医師1・2年目→3年目で、当該都道府県出身の医師数が減少**する一方、**東京都に移動する医師数が増加**する。

(注)回答者数が少ない都道府県(特に50人に満たないもの)には留意が必要。

岩手県の医学部卒業生の動向

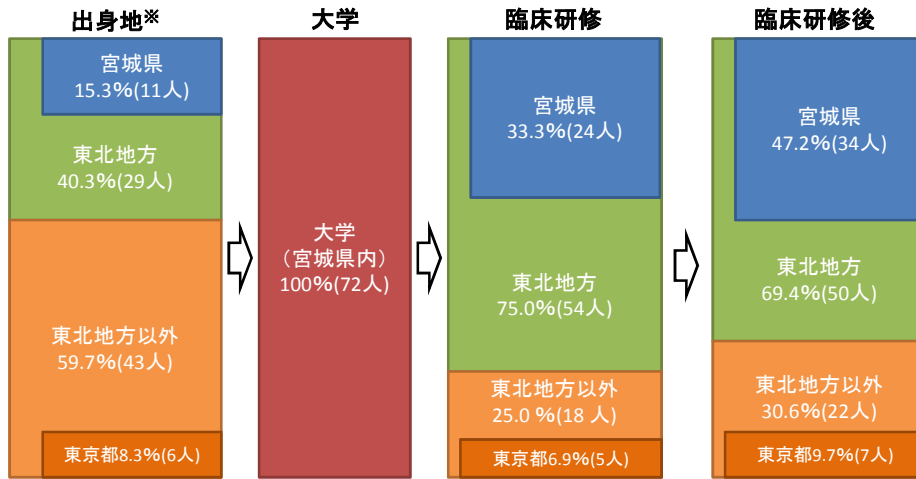


※出身地: 過ごした期間が最も長い都道府県

<出典>平成24年 臨床研修に関するアンケート

対象:平成24年3月末までに臨床研修を修了する医師の全て 回収率:5057/7506枚(67.3%)

宮城県の医学部卒業生の動向



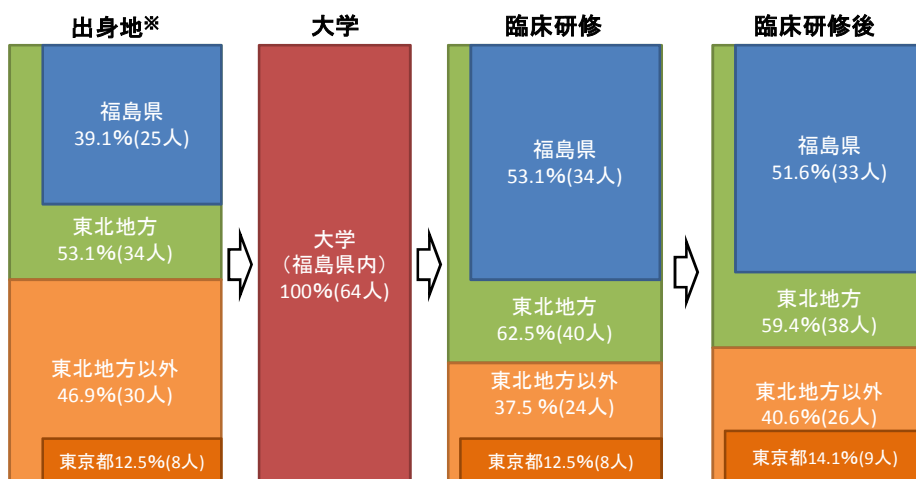
※出身地：過ごした期間が最も長い都道府県

<出典>平成24年 臨床研修に関するアンケート

対象：平成24年3月末までに臨床研修を修了する医師の全て 回収率：5057/7506枚(67.3%)

3

福島県の医学部卒業生の動向



※出身地：過ごした期間が最も長い都道府県

<出典>平成24年 臨床研修に関するアンケート

対象：平成24年3月末までに臨床研修を修了する医師の全て 回収率：5057/7506枚(67.3%)

4

北海道の医学部卒業生の動向

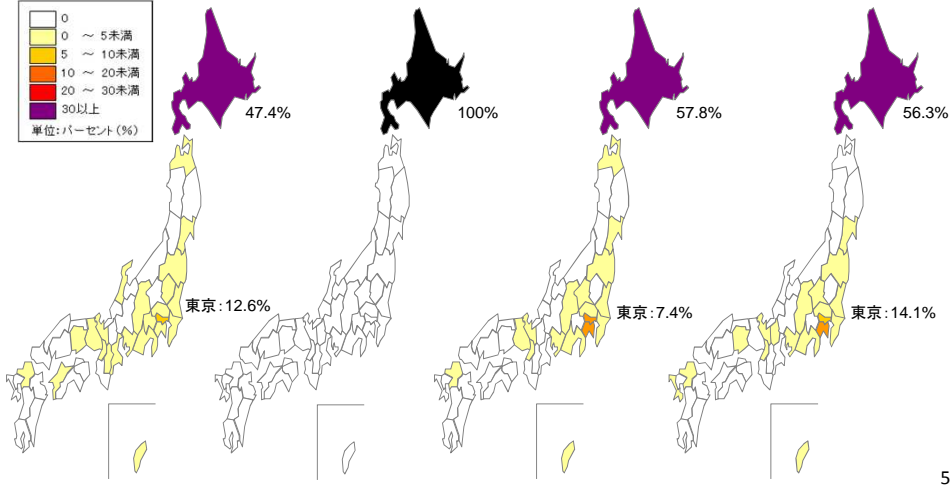
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（北海道内）
（回答者：135人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



5

青森県の医学部卒業生の動向

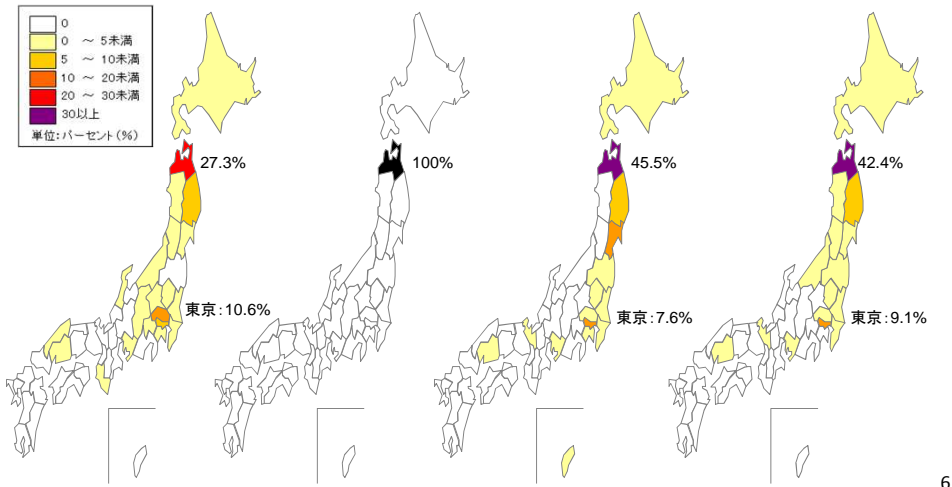
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（青森県内）
（回答者：66人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



6

岩手県の医学部卒業生の動向

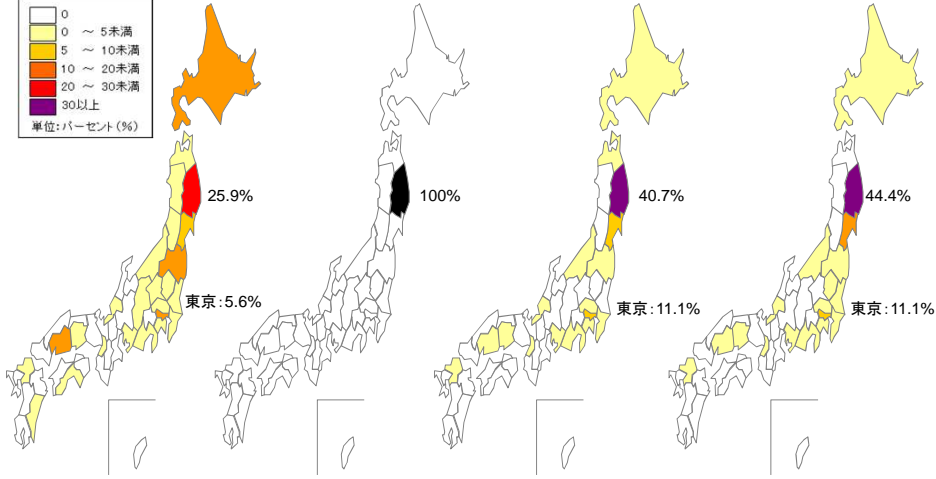
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（岩手県内）
（回答者：54人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



7

宮城県県の医学部卒業生の動向

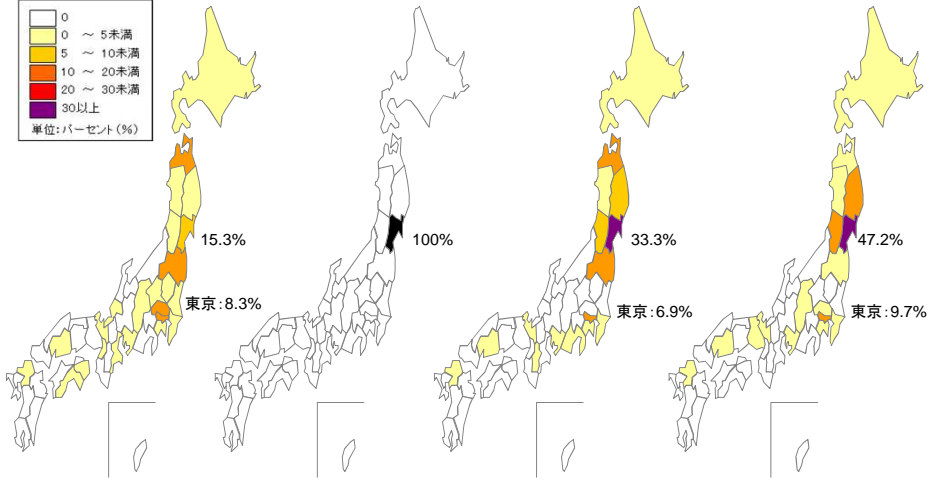
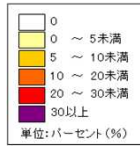
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（宮城県内）
（回答者：72人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



8

秋田県の医学部卒業生の動向

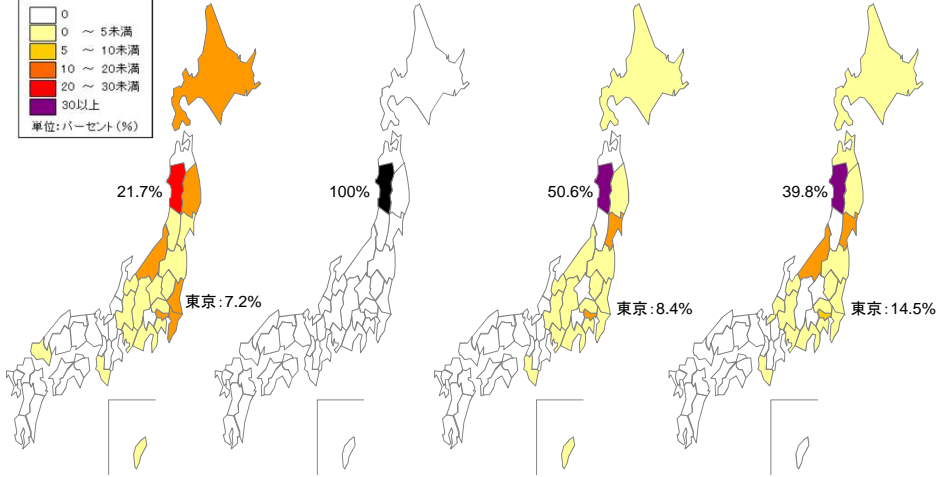
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（秋田県内）
（回答者：83人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



9

山形県の医学部卒業生の動向

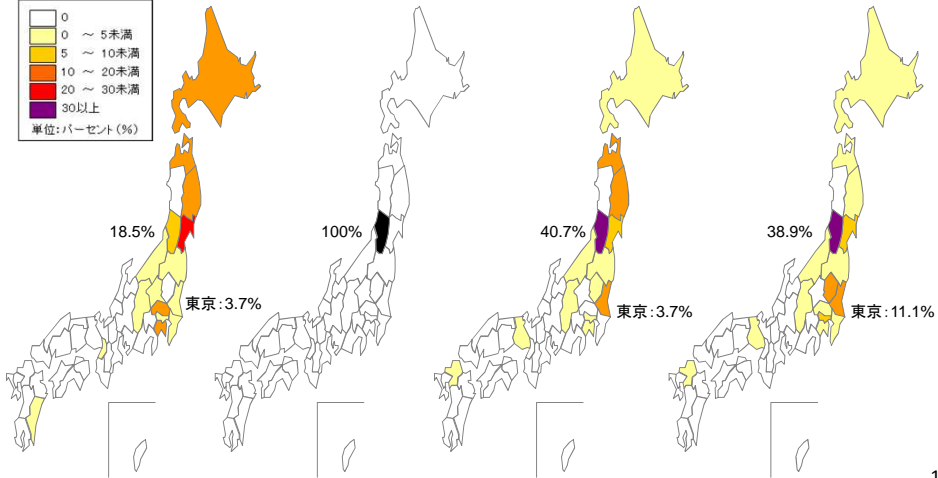
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（山形県内）
（回答者：54人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



10

福島県の医学部卒業生の動向

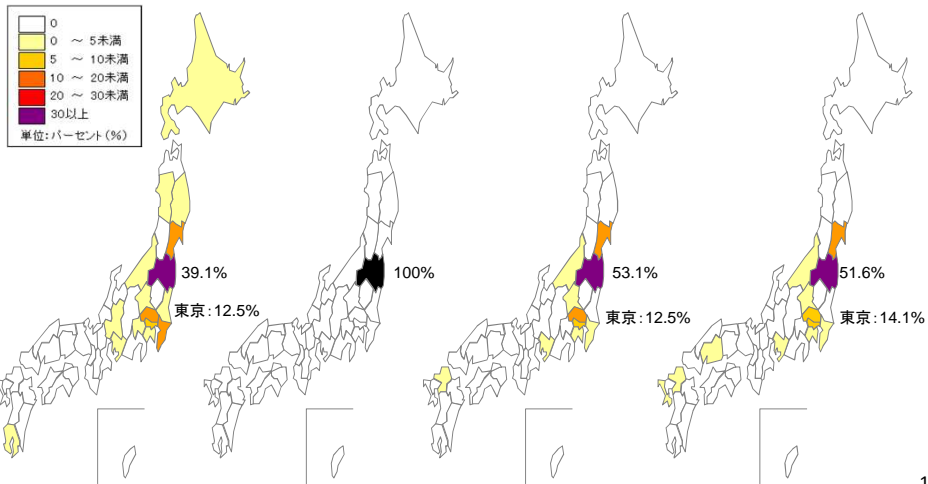
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（福島県内）
（回答者：64人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



11

茨城県の医学部卒業生の動向

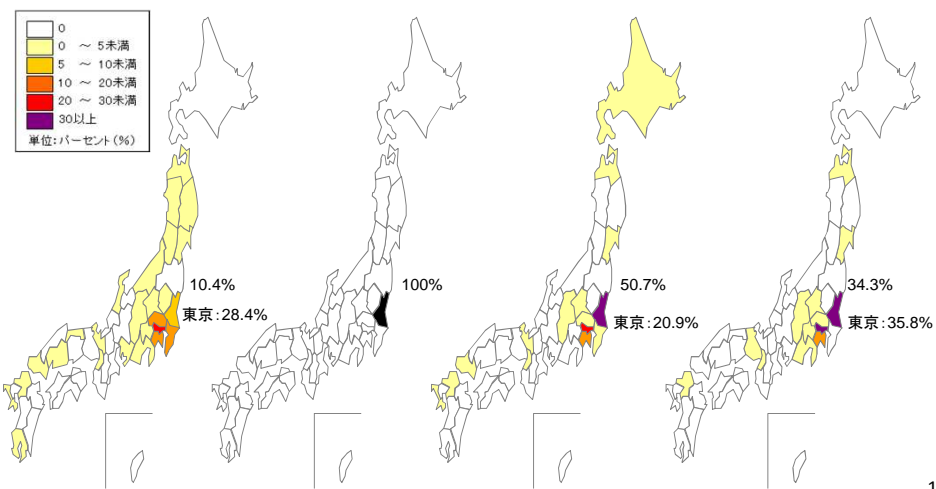
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（茨城県内）
（回答者：67人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



12

栃木県の医学部卒業生の動向

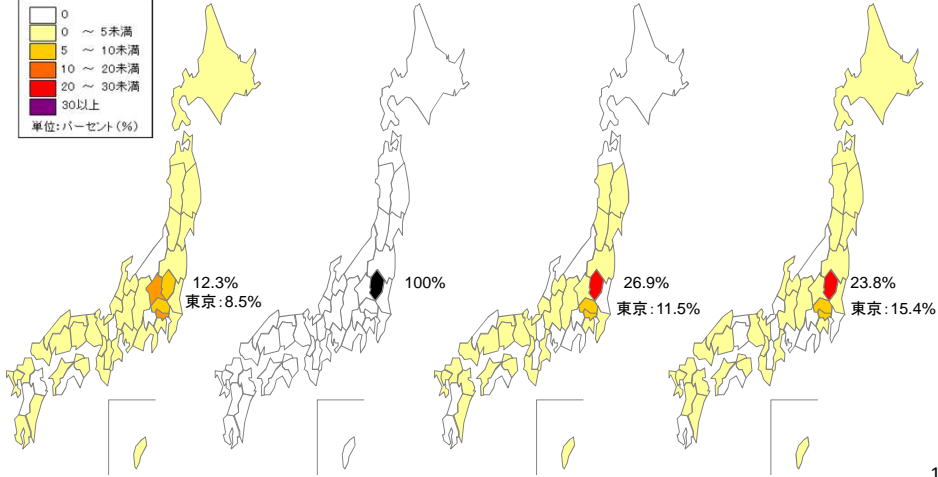
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（栃木県内）
（回答者：130人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



13

群馬県の医学部卒業生の動向

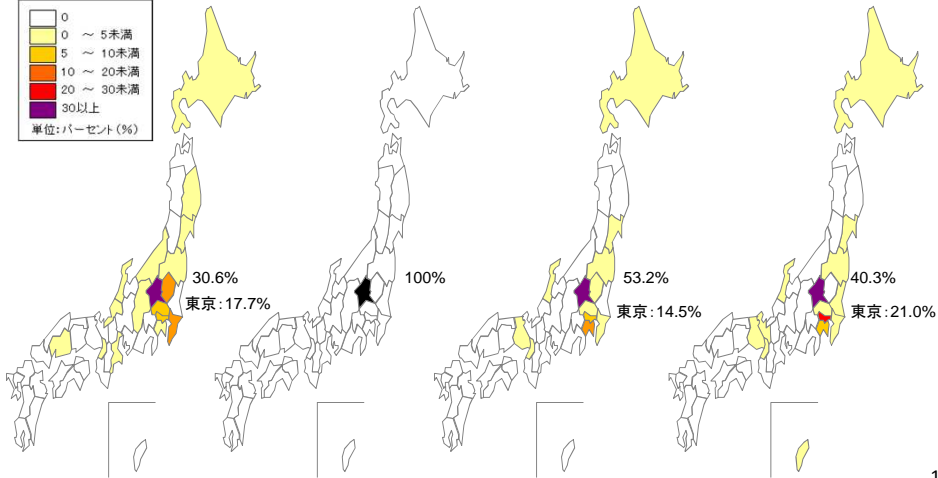
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（群馬県内）
（回答者：62人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



14

埼玉県の医学部卒業生の動向

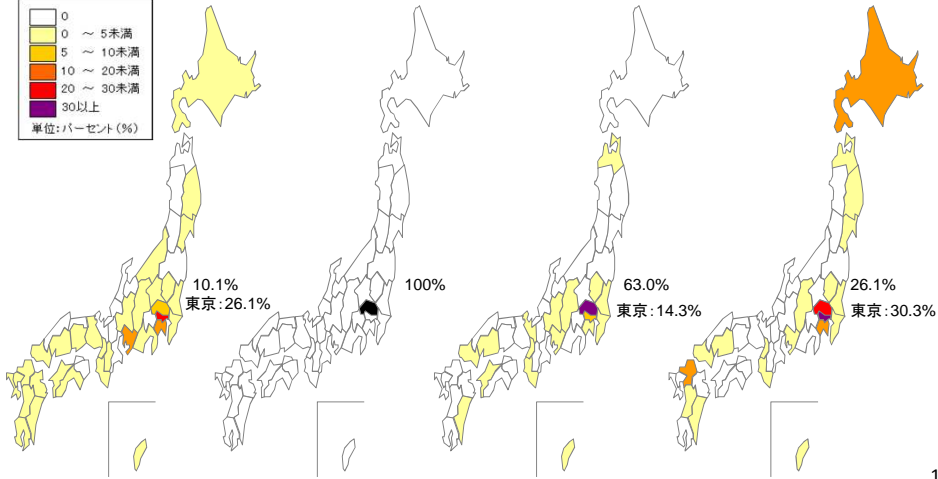
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（埼玉県内）
（回答者：119人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



15

千葉県の医学部卒業生の動向

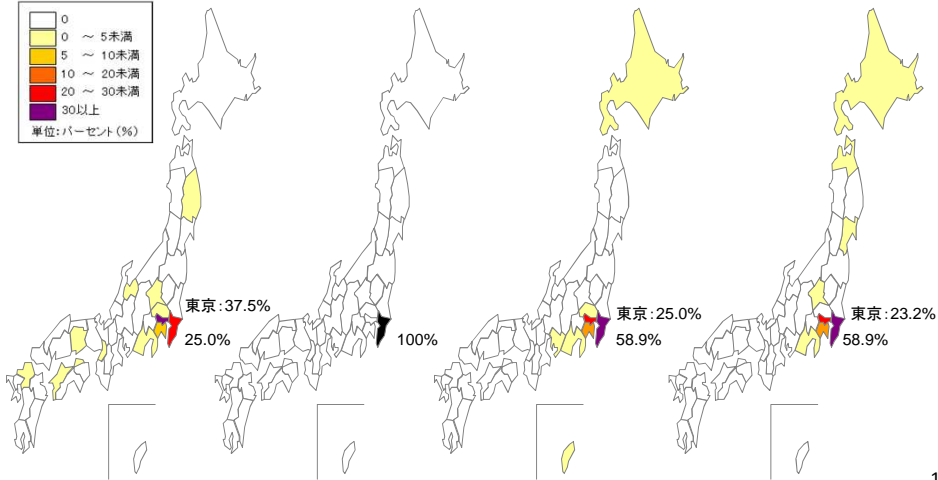
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（千葉県内）
（回答者：56人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



16

東京都の医学部卒業生の動向

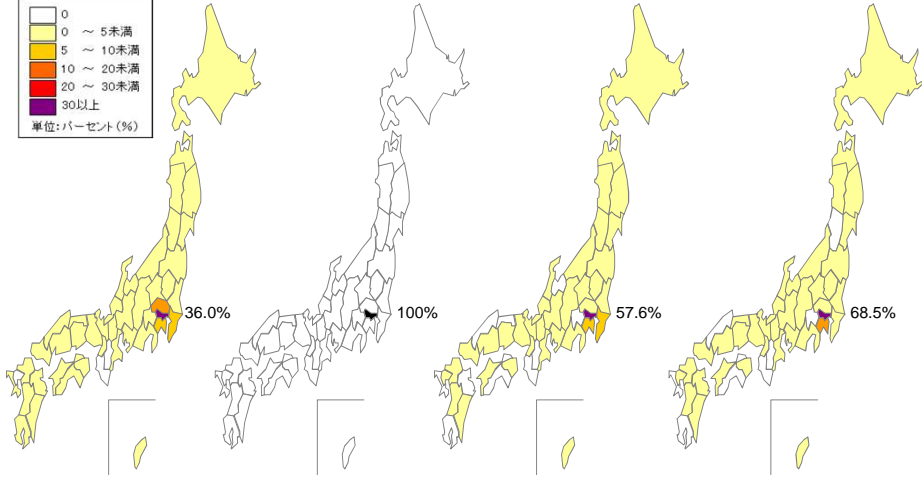
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（東京都内）
（回答者：853人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



17

神奈川県内の医学部卒業生の動向

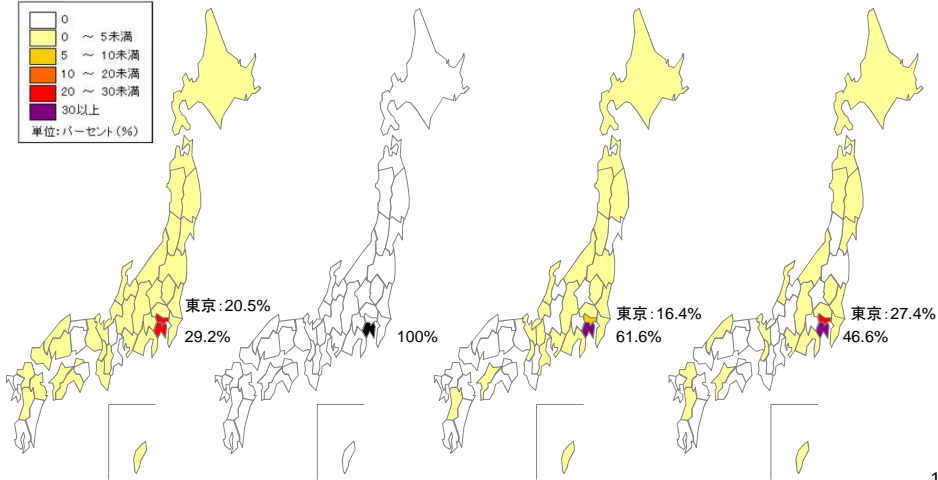
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（神奈川県内）
（回答者：219人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



18

新潟県の医学部卒業生の動向

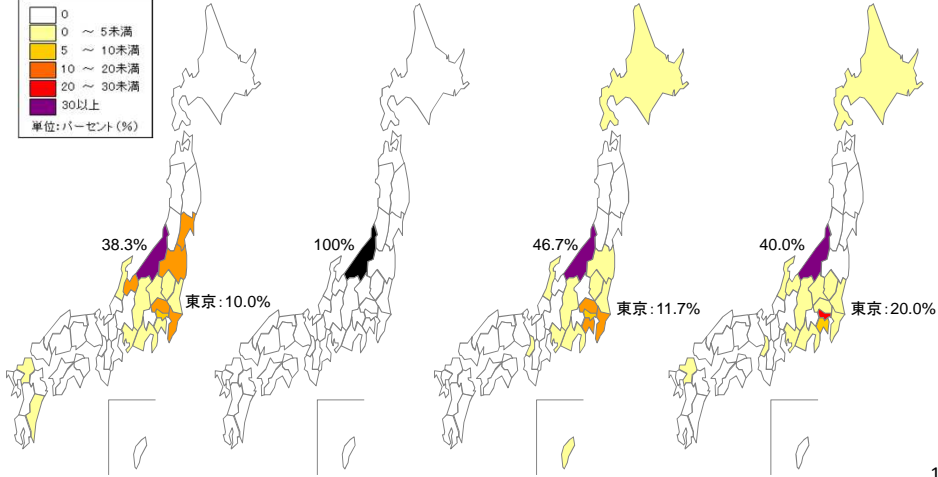
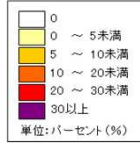
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（新潟県内）
（回答者：60人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



19

富山県の医学部卒業生の動向

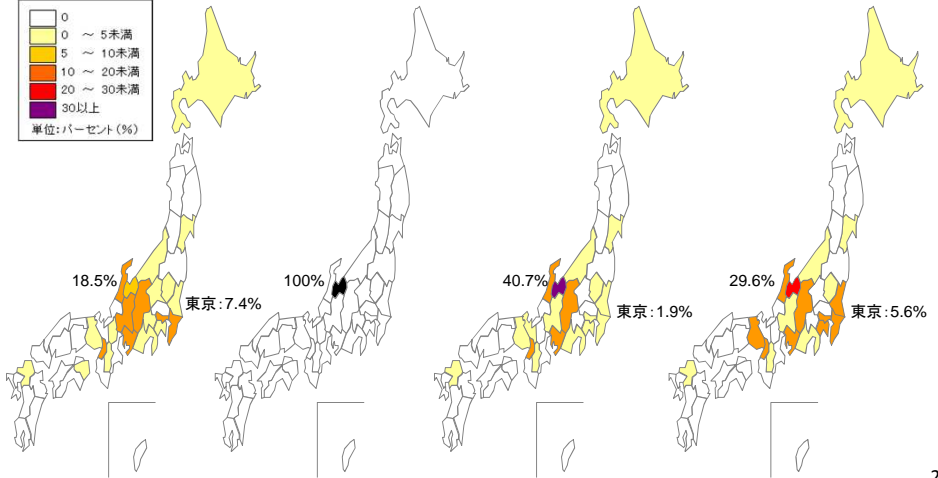
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（富山県内）
（回答者：54人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



20

石川県の医学部卒業生の動向

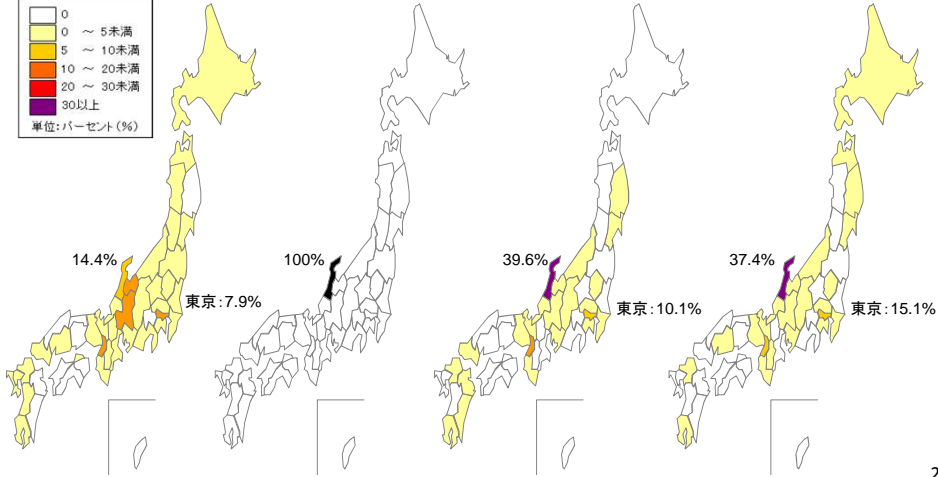
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（石川県内）
（回答者：139人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



21

福井県の医学部卒業生の動向

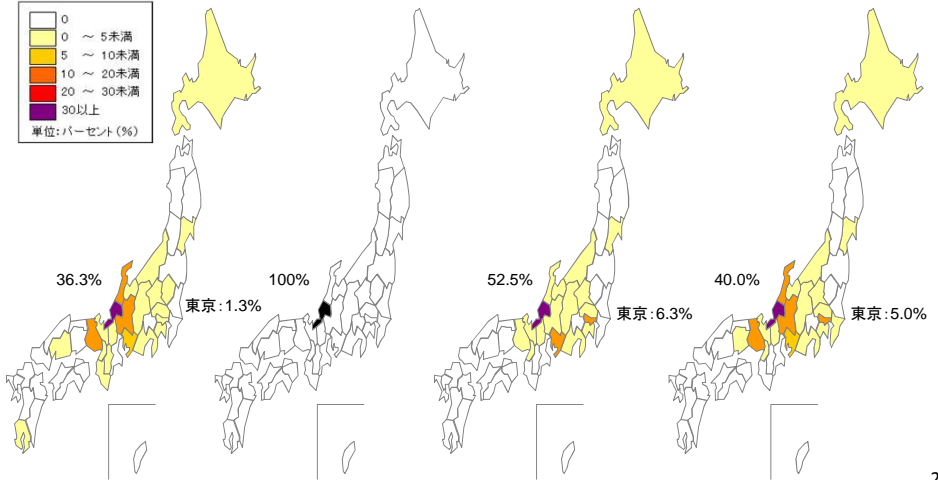
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（福井県内）
（回答者：80人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



22

山梨県の医学部卒業生の動向

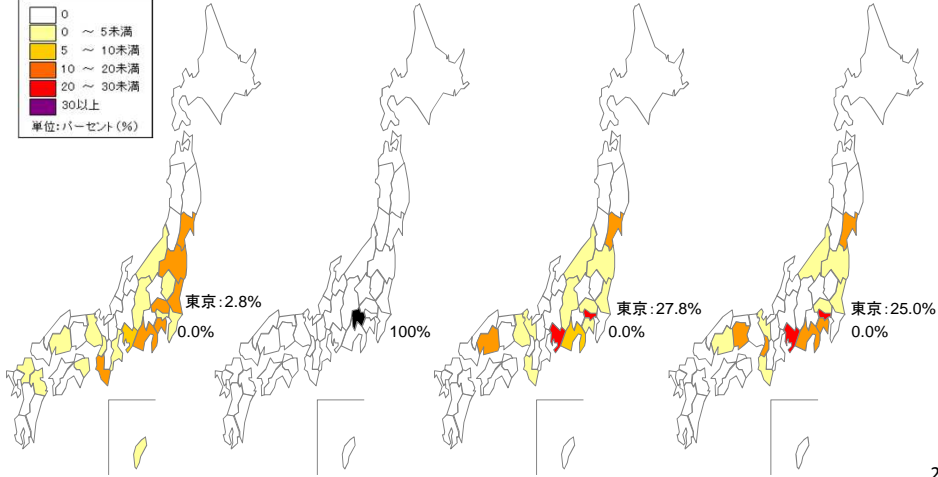
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（山梨県内）
（回答者：36人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



23

長野県の医学部卒業生の動向

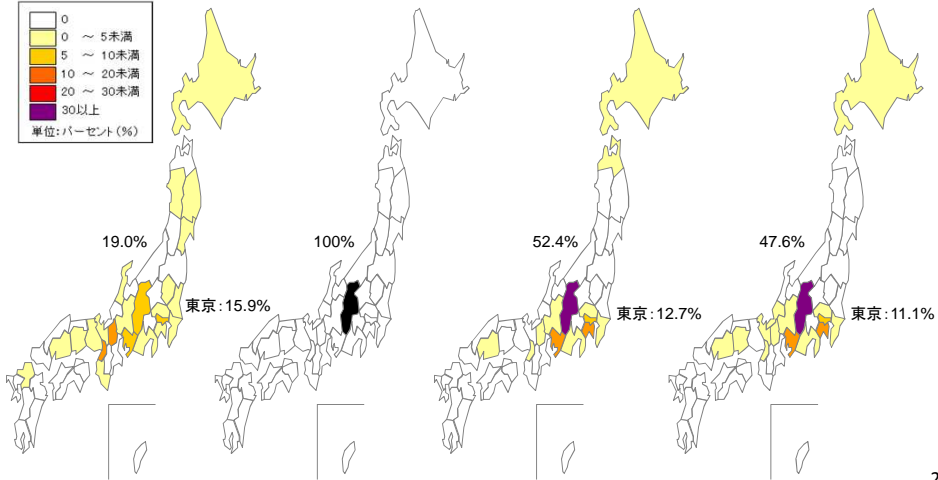
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（長野県内）
（回答者：63人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



24

岐阜県の医学部卒業生の動向

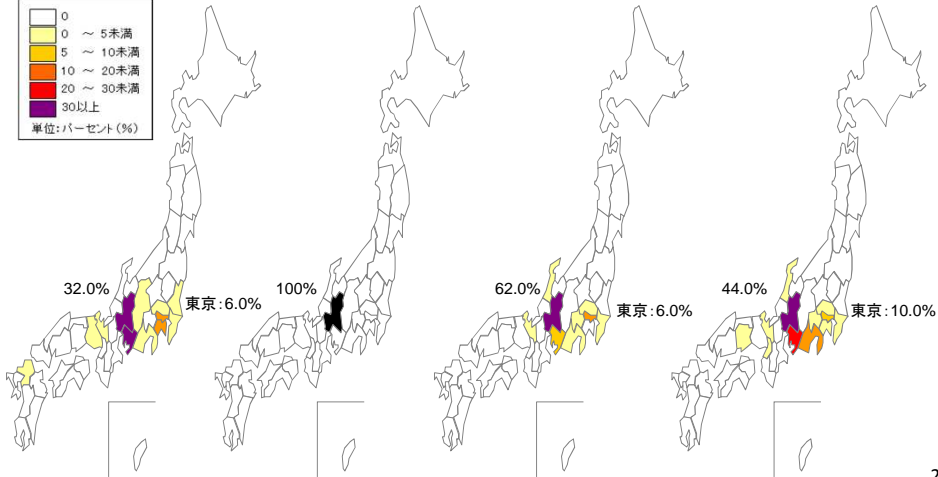
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（岐阜県内）
（回答者：50人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



25

静岡県の医学部卒業生の動向

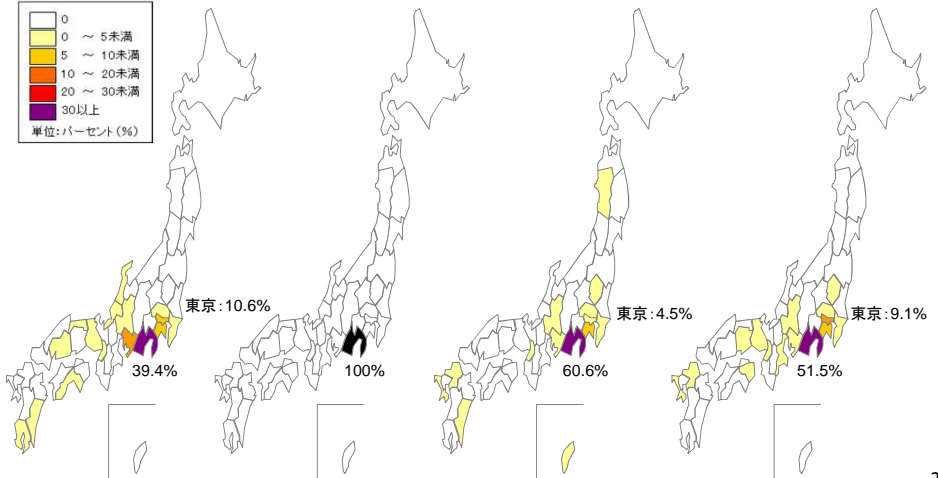
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（静岡県内）
（回答者：66人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



26

愛知県の医学部卒業生の動向

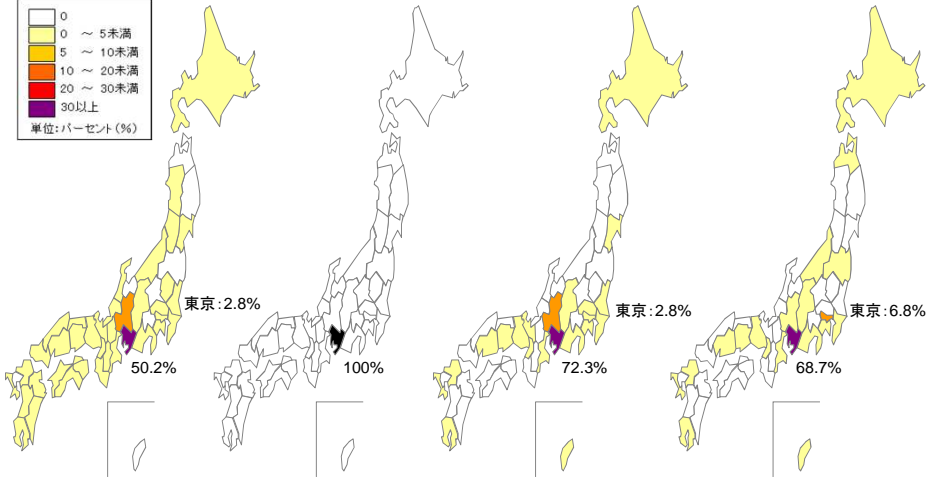
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（愛知県内）
（回答者：249人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



27

三重県の医学部卒業生の動向

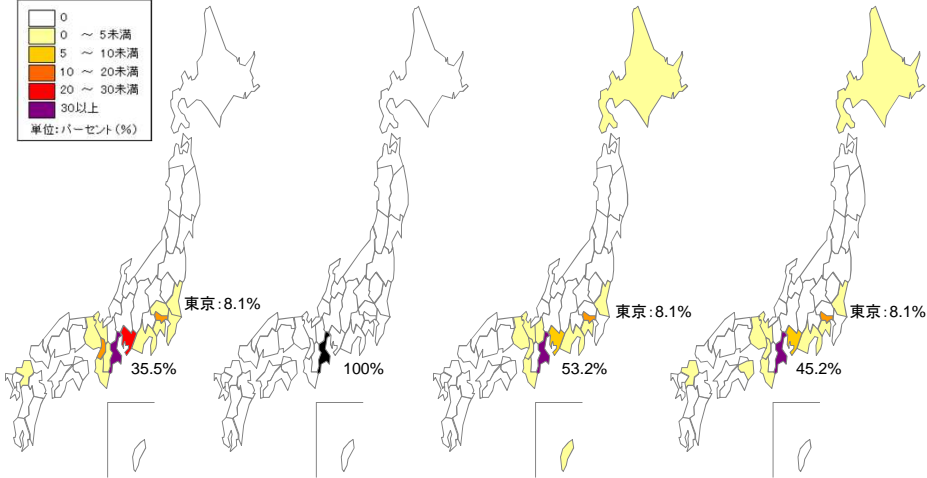
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（三重県内）
（回答者：62人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



28

滋賀県の医学部卒業生の動向

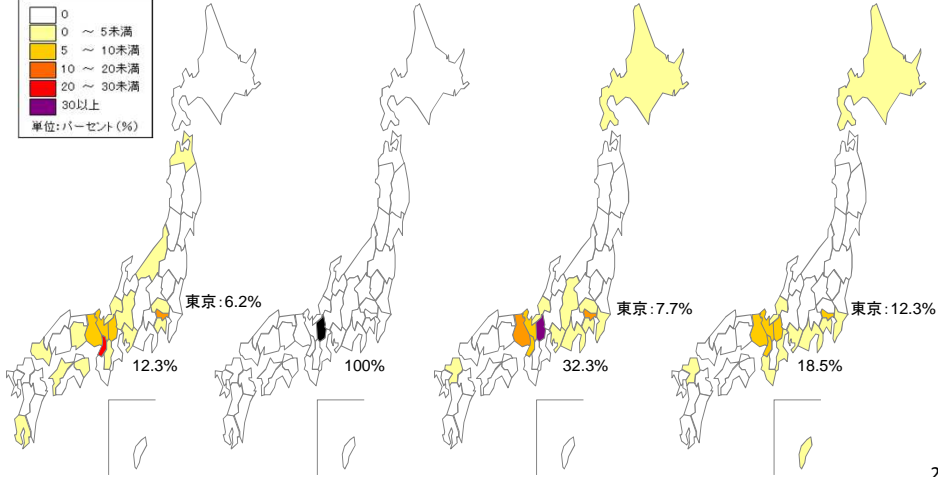
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（滋賀県内）
（回答者：65人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



29

京都府の医学部卒業生の動向

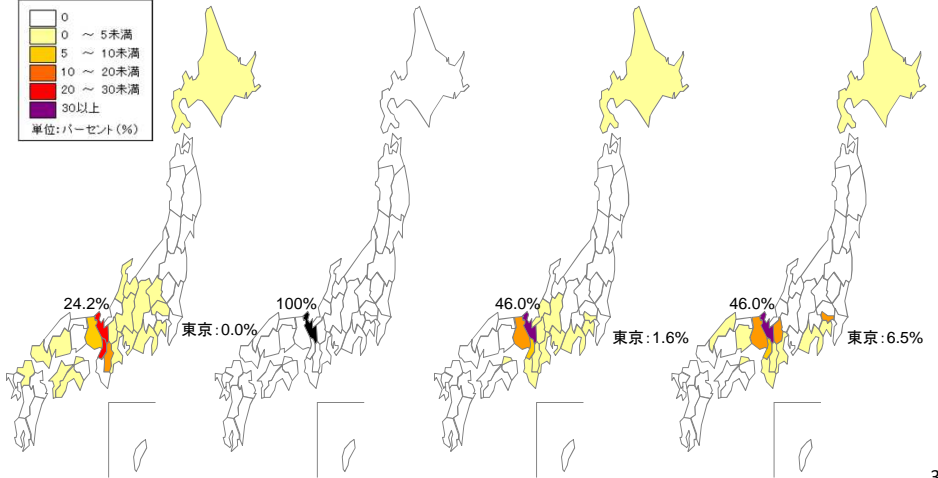
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（京都府内）
（回答者：124人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



30

大阪府の医学部卒業生の動向

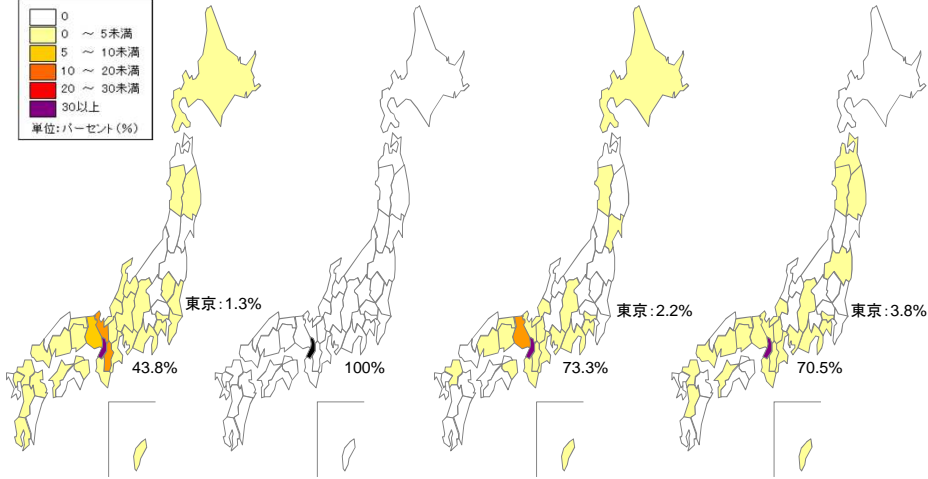
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（大阪府内）
（回答者：315人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



31

兵庫県内の医学部卒業生の動向

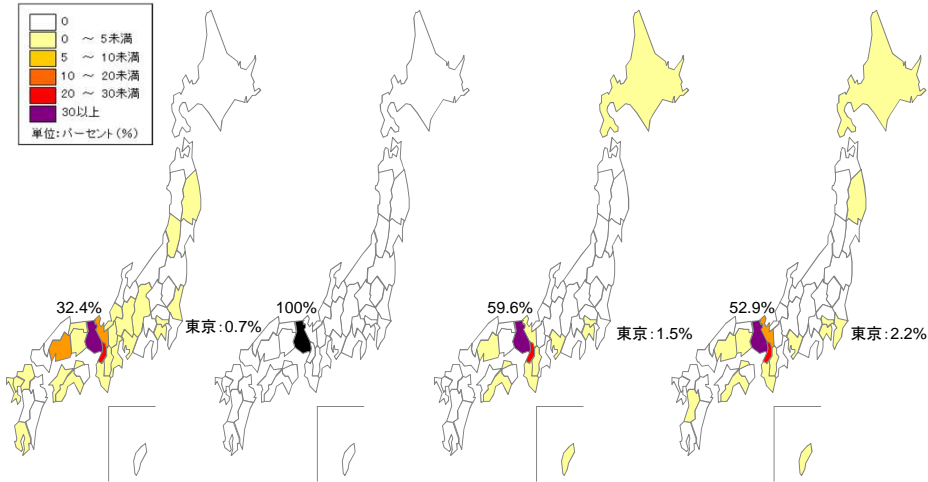
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（兵庫県内）
（回答者：136人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



32

奈良県の医学部卒業生の動向

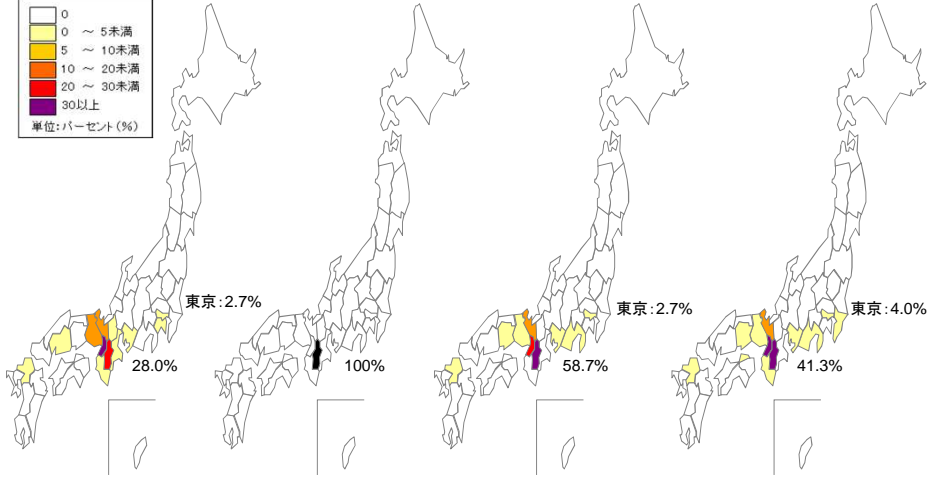
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（奈良県内）
（回答者：75人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



33

和歌山県の医学部卒業生の動向

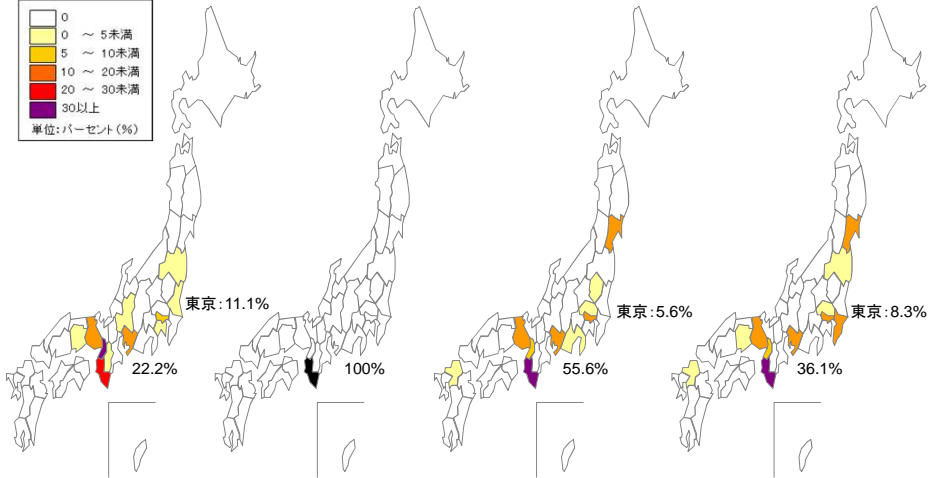
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（和歌山県内）
（回答者：36人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



34

鳥取県の医学部卒業生の動向

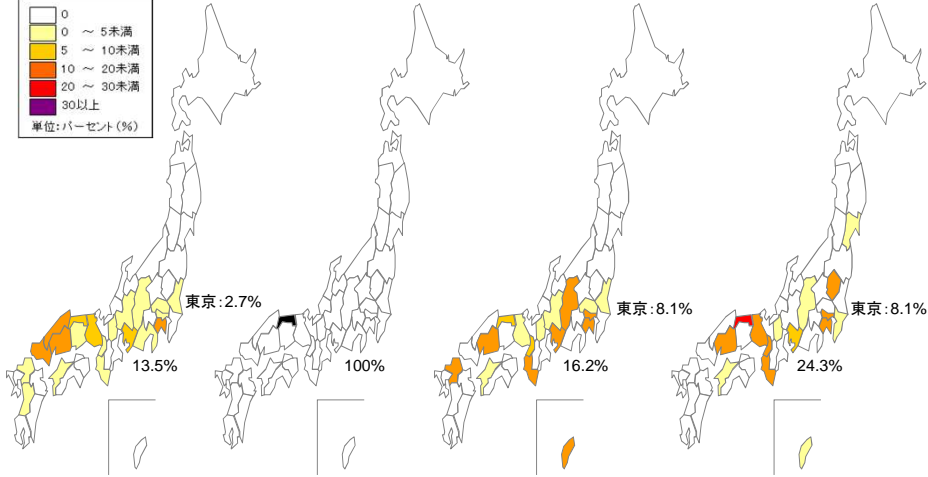
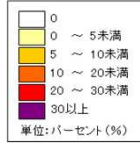
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（鳥取県内）
（回答者：37人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



35

島根県の医学部卒業生の動向

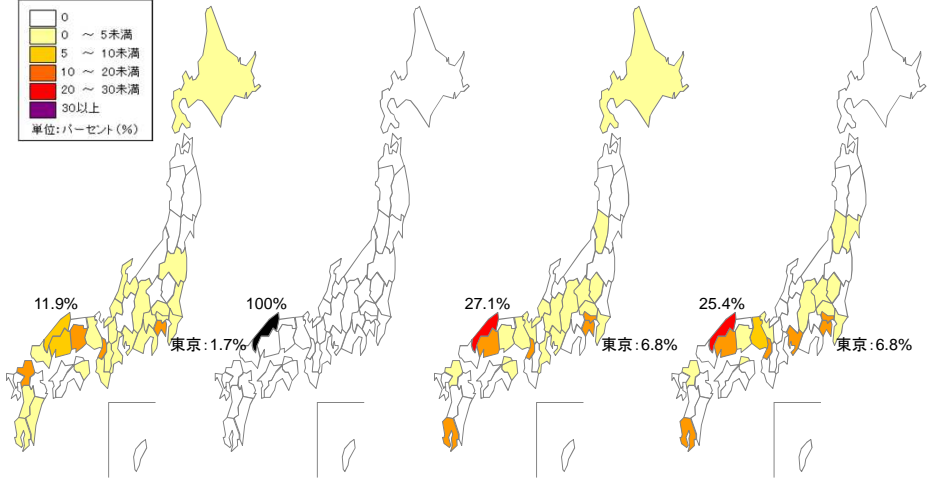
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（島根県内）
（回答者：59人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



36

岡山県の医学部卒業生の動向

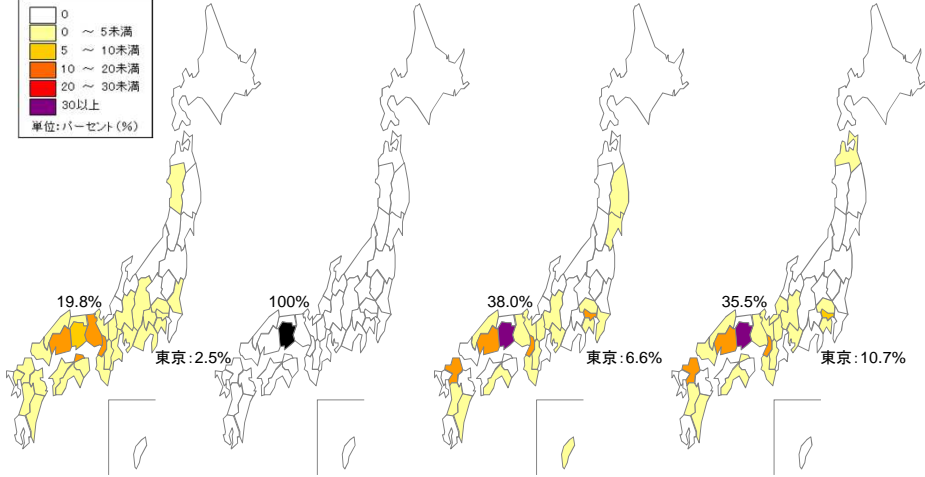
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（岡山県内）
（回答者：121人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



37

広島県の医学部卒業生の動向

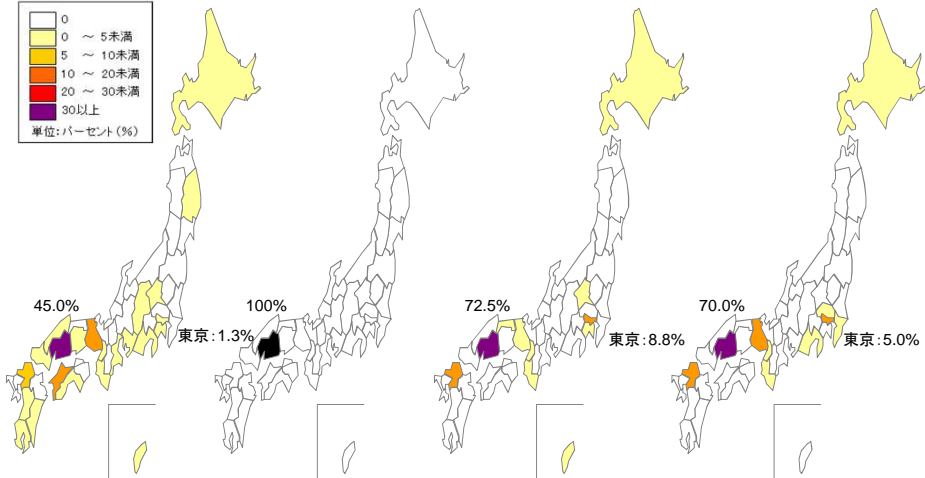
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（広島県内）
（回答者：80人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



38

山口県の医学部卒業生の動向

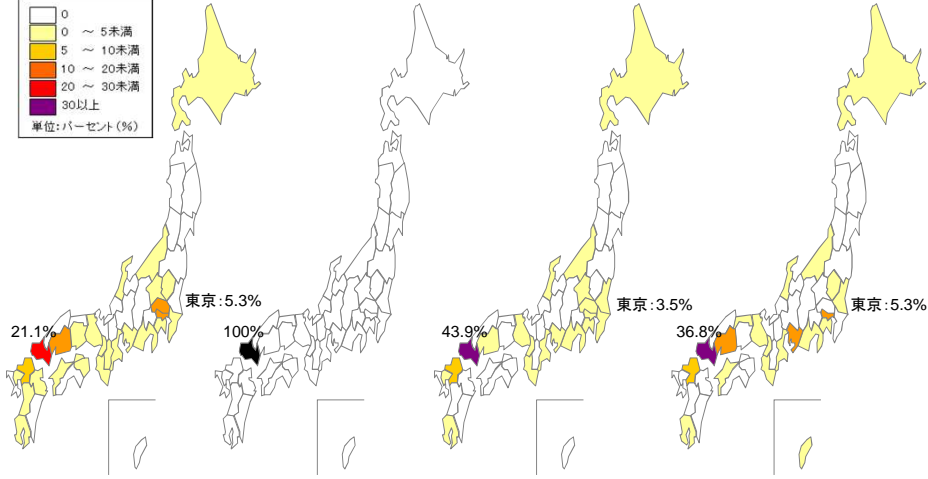
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（山口県内）
（回答者：57人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



39

徳島県の医学部卒業生の動向

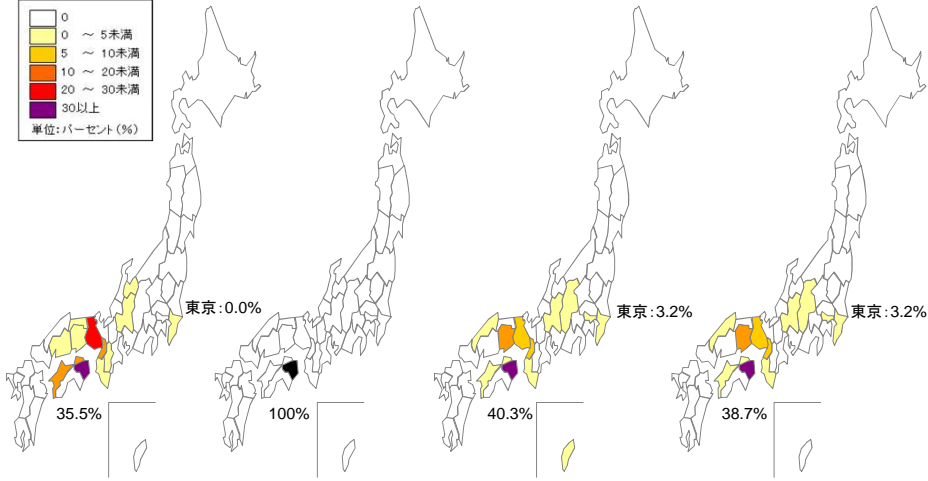
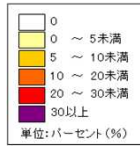
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（徳島県内）
（回答者：62人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



40

香川県の医学部卒業生の動向

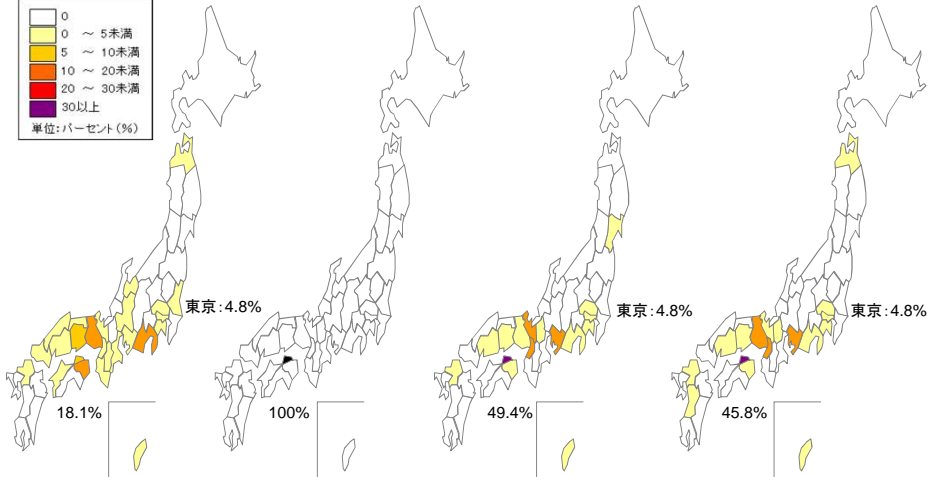
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（香川県内）
（回答者：83人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



41

愛媛県の医学部卒業生の動向

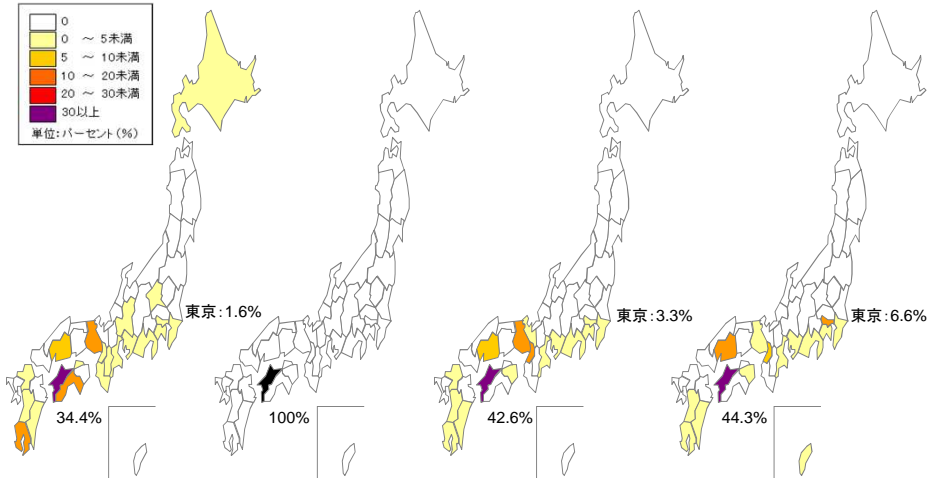
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（愛媛県内）
（回答者：61人）

医師1年目
（臨床研修を行った
都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都
道府県）



42

高知県の医学部卒業生の動向

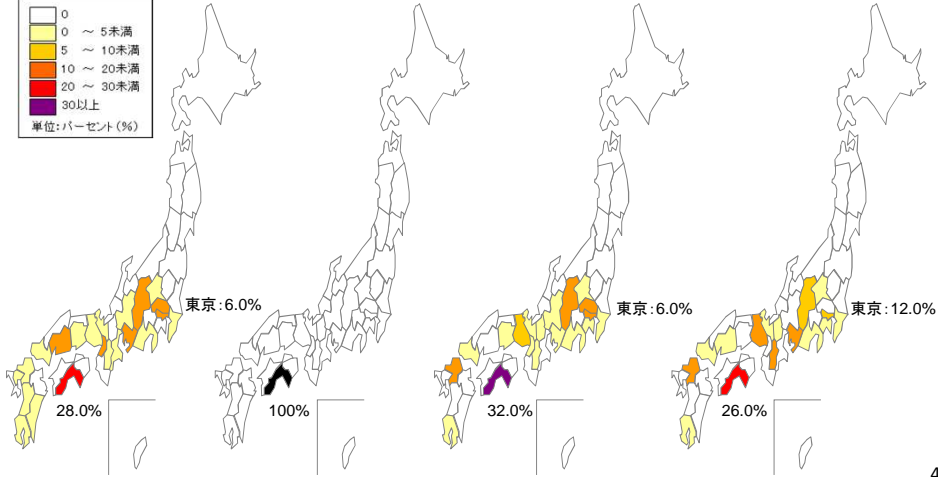
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（高知県内）
（回答者：50人）

医師1年目
**（臨床研修を行った
都道府県）**

医師3年目
**（研修終了後の都
道府県）**



43

福岡県の医学部卒業生の動向

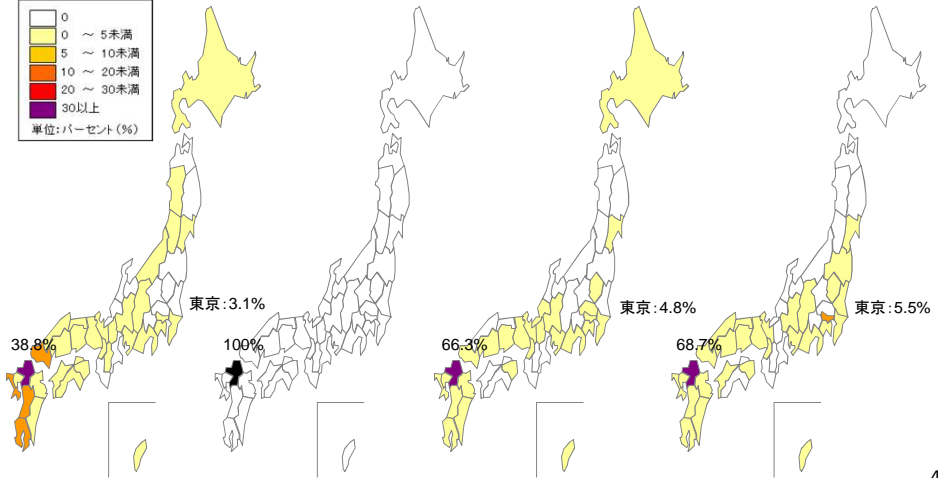
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（福岡県内）
（回答者：291人）

医師1年目
**（臨床研修を行った
都道府県）**

医師3年目
**（研修終了後の都
道府県）**



44

佐賀県の医学部卒業生の動向

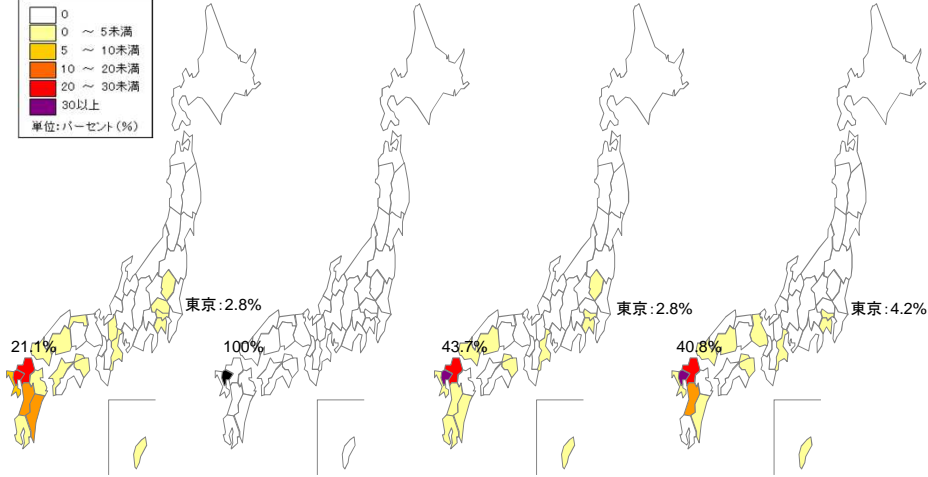
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（佐賀県内）
（回答者：71人）

医師1年目
**（臨床研修を行った
都道府県）**

医師3年目
**（研修終了後の都
道府県）**



45

長崎県の医学部卒業生の動向

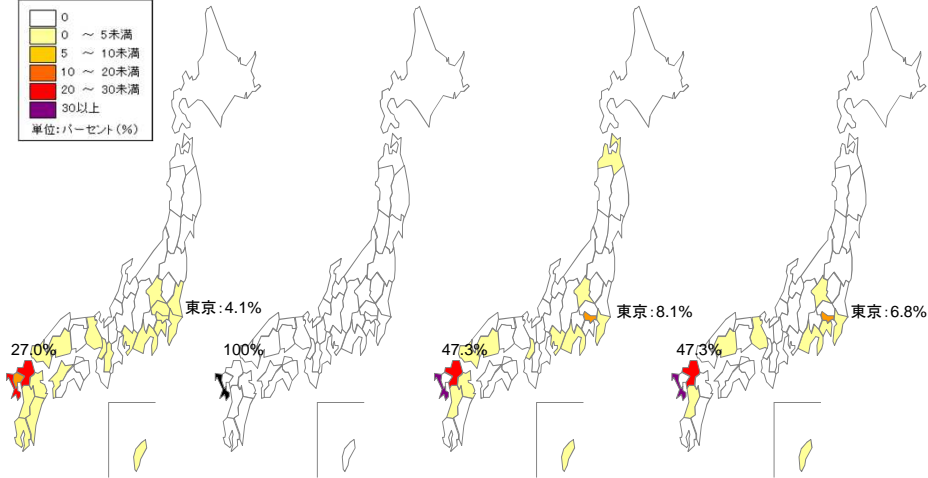
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（長崎県内）
（回答者：74人）

医師1年目
**（臨床研修を行った
都道府県）**

医師3年目
**（研修終了後の都
道府県）**



46

熊本県の医学部卒業生の動向

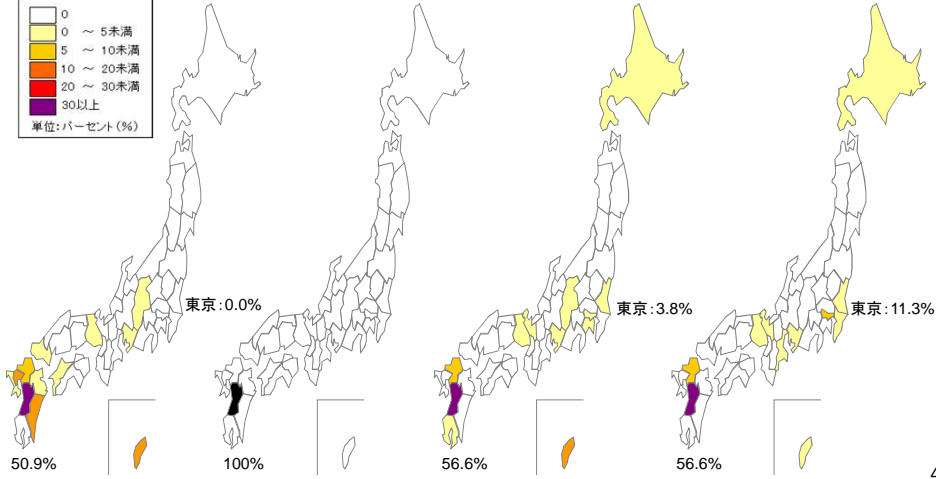
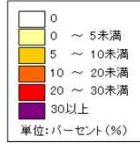
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（熊本県内）
（回答者：53人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



47

大分県の医学部卒業生の動向

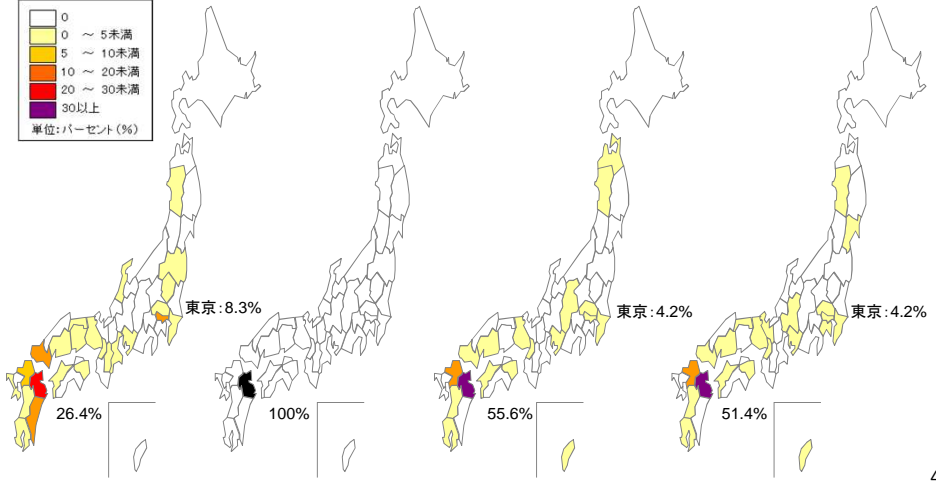
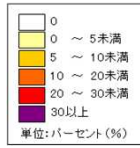
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前ま
でに過ごした期間が最も
長い都道府県）

大学
（大分県内）
（回答者：72人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



48

宮崎県の医学部卒業生の動向

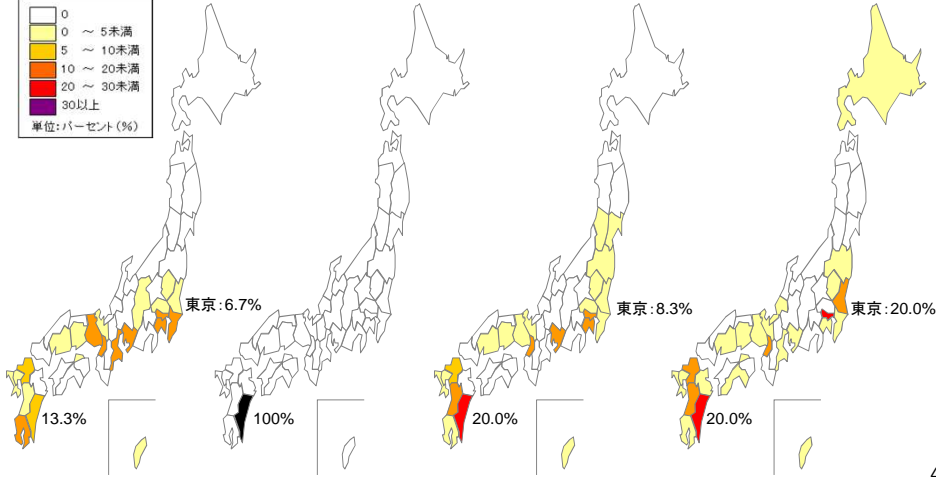
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（宮崎県内）
（回答者：60人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



49

鹿児島県の医学部卒業生の動向

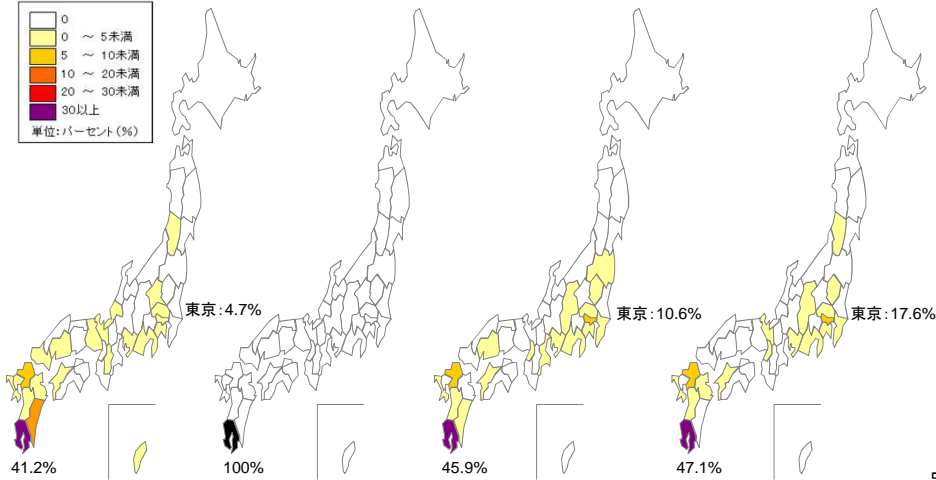
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（鹿児島県内）
（回答者：85人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



50

沖縄県の医学部卒業生の動向

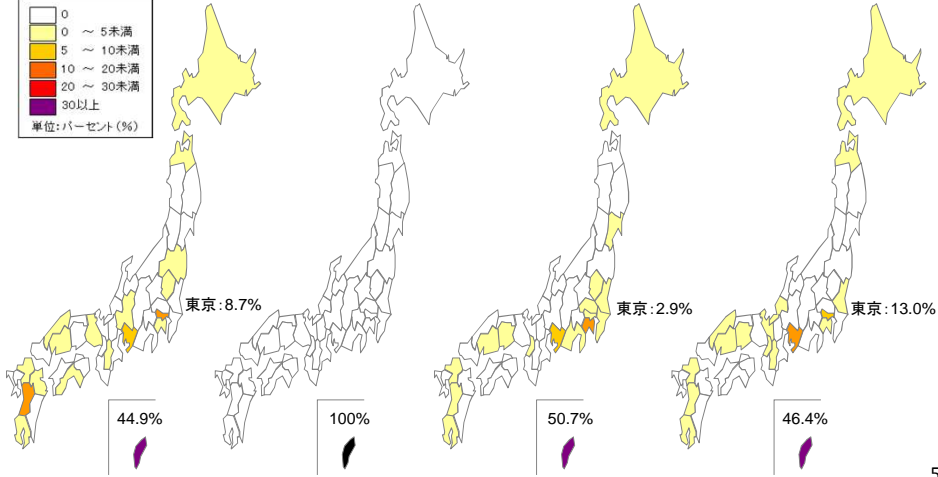
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

（参考：大学入学前）
（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）

大学
（沖縄県内）
（回答者：69人）

医師1年目
（臨床研修を行った都道府県）

医師3年目
（研修終了後の都道府県）



地域枠等の状況について

事務局提出資料 5

1. 地域枠の分類

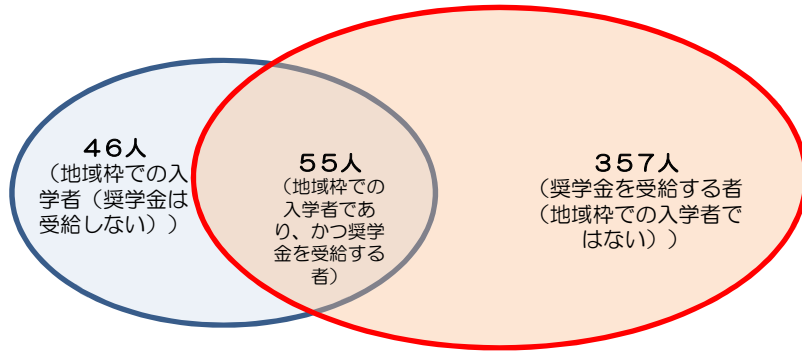
(出典:平成25年臨床研修修了者アンケート調査【速報値】)

配布対象者:7,545
回収数:5,619 (回収率:74.4%)

①地域枠での入学者(※)
101人(1.8%)

②奨学金の受給者
412人(7.3%)

(※) 地域医療等に従事する明確な意志をもった学生の選抜枠

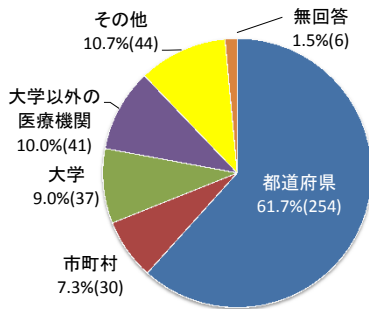


(参考) ①または②に該当する者 458人

1

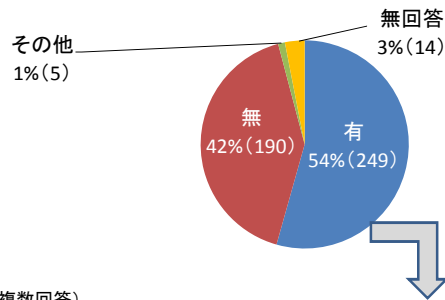
2. 奨学金の支給元

(単回答(n=458))

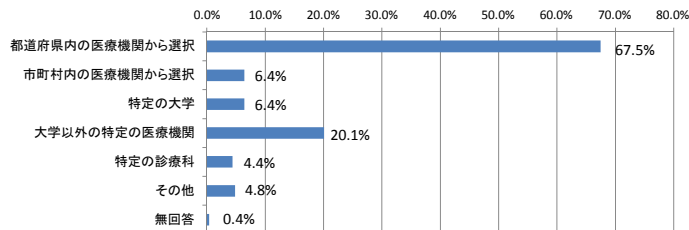


3. 臨床研修中における地域等への従事

奨学金の免除要件について、臨床研修期間中における特定の地域等への従事義務の有無(n:458)



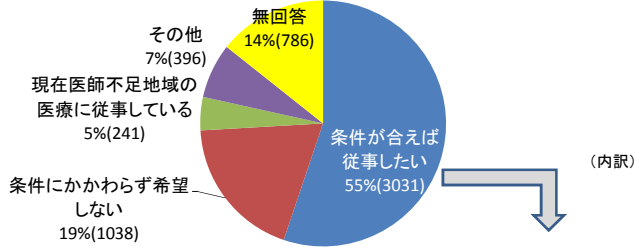
(内訳:複数回答)



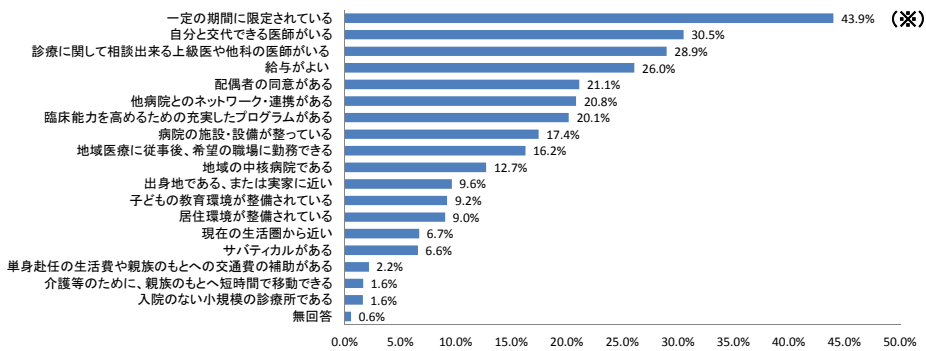
2

4. 医師不足地域への従事についての意識(地域枠以外の者)

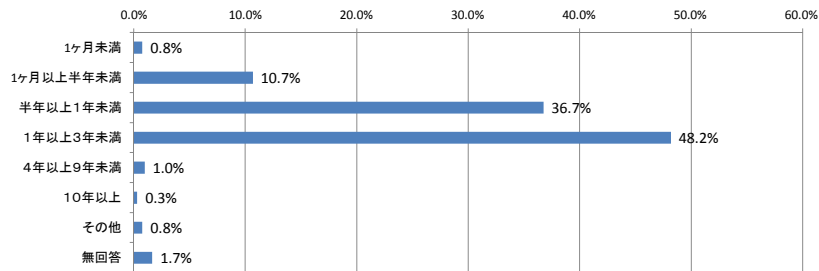
(1) 医師不足地域の医療に従事することについて(n:5,492)



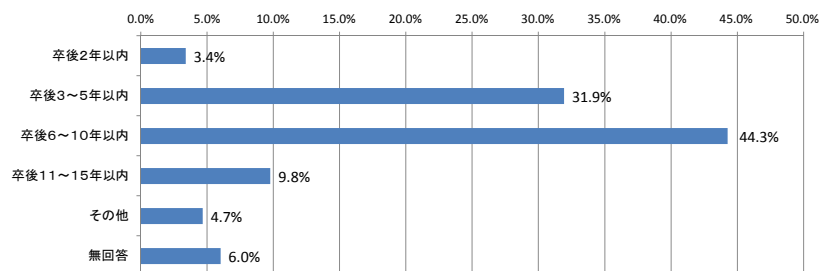
(2) 医師不足地域の医療に従事する条件について(複数回答)(n:3,031)



(3) 「一定期間」について、どの程度を希望しているか((※)n:1,331)



(4) 「一定期間」について、どの時期を希望しているか((※)n:1,331)

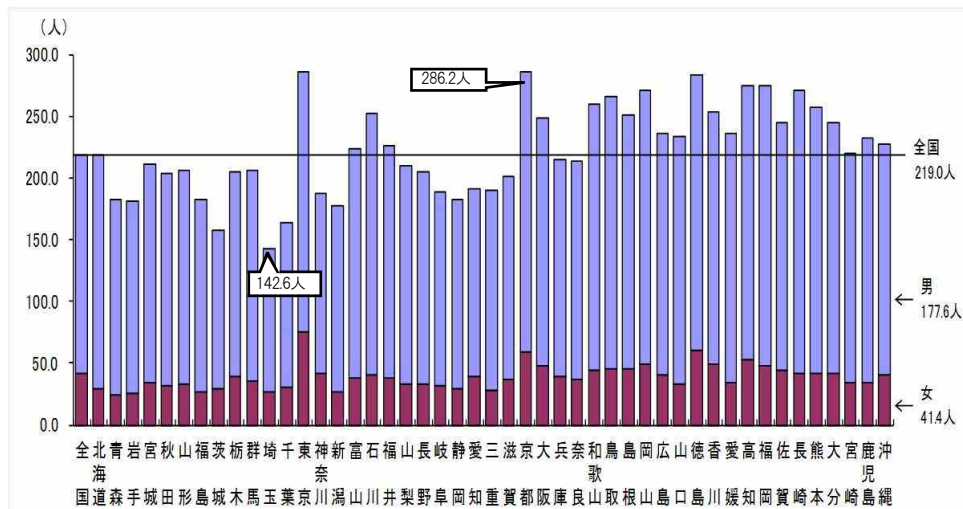


地域における医師の確保対策 について

医政局指導課

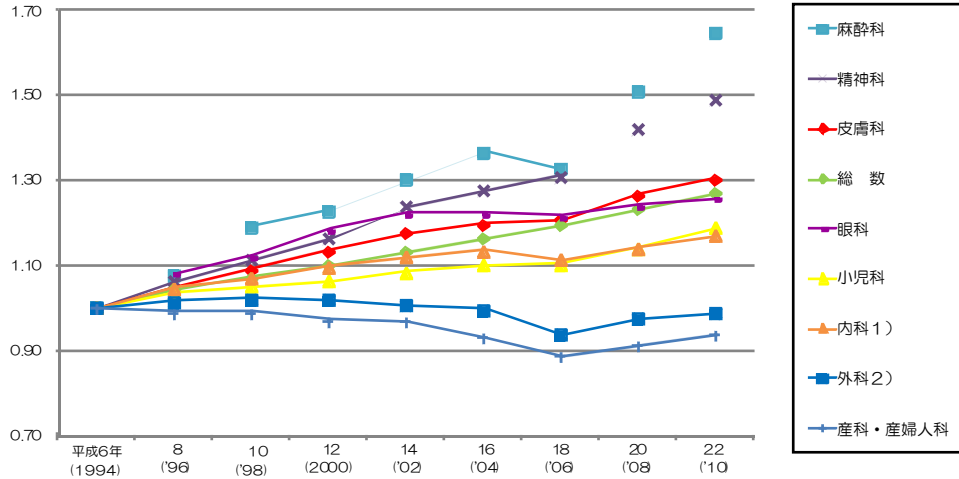
都道府県別にみた人口10万対医師数（平成22年）

- 全国の医療施設（診療所・病院）に従事する「人口10万対医師数」は219.0人で、前回に比べ6.1人増加している。
- 都道府県別では、京都府が最も多く（286.2）、埼玉県が最も少ない（142.6）。



診療科別医師数の推移(平成6年を1.0とした場合)

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている



※内科1) ・ ・ (平成8～18年) は内科、呼吸器科、循環器科、消化器科(胃腸科)、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
(平成20、22年) 内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー・リウマチ、心療内科、神経内科
※外科2) ・ ・ (平成6～18年) 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
(平成20、22年) 外科、呼吸器・心臓血管・乳腺・気管食道・消化器・肛門・小児外科

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、地域の实情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
※ 都道府県においては、平成25年度からの医療計画(5か年計画)の策定作業を平成24年度中に行う予定。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- **新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策**
※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し
○ **地域医療支援センター[※]において実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保**
- 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等
※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【医療連携体制の構築・明示】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(「**疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進**」)。

地域医療対策協議会

関係者の協議により、救急医療、災害時における医療、へき地の医療等に従事する医療従事者の確保など、都道府県において必要とされる医療の確保のために必要な施策を定める。

（医療法第30条の12）

構成員

- ・ 特定機能病院
- ・ 地域医療支援病院
- ・ 第三十一条に規定する公的医療機関
- ・ 医師法第十六条の二第一項に規定する厚生労働大臣の指定する病院
- ・ 診療に関する学識経験者の団体
- ・ 大学その他の医療従事者の養成に関係する機関
- ・ 社会医療法人
- ・ 独立行政法人国立病院機構
- ・ 地域の医療関係団体
- ・ 関係市町村
- ・ 地域住民を代表する団体

- 医療計画にも、医療従事者の確保について、地域医療対策協議会の議論の経過や定められた施策について記載することとしている。
- また、地域医療対策協議会は、地域医療支援センター事業による取組状況等を踏まえ、医療従事者の確保に関する施策の推進や見直しに努めることとされている。

地域医療支援センター運営経費

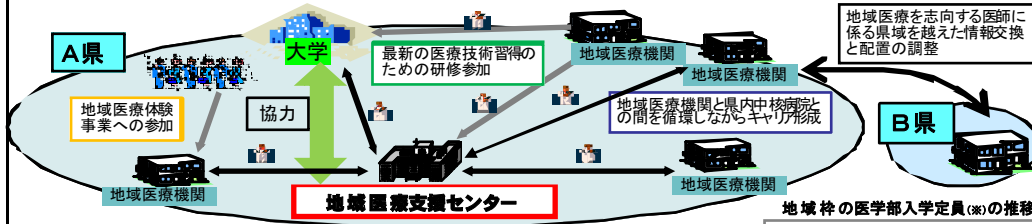
平成25年度予算9.6億円（平成24年度予算7.3億円）
（30箇所） （20箇所）

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

➢ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安等

地域医療支援センターの目的と体制

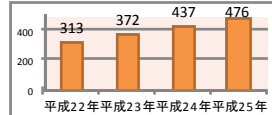
- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
 - 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
 - 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。
- ・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名 ・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

地域枠の医学部入学定員（※）の推移



（※）医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- 平成25年度現在、全国30道府県の地域医療支援センターの運営に対する支援を実施している。
- 平成23年度以降、20道府県で合計808名の医師を各道府県内の医療機関へあつせん・派遣をするなどの実績を上げている。（平成25年3月末時点）

平成25年度 地域医療支援センター 実施道府県(30箇所)

《平成23年度から実施》

北海道、青森県、岩手県、福島県、新潟県、
長野県、静岡県、岐阜県、京都府、島根県、
広島県、徳島県、高知県、大分県、宮崎県

《平成24年度から実施》

宮城県、茨城県、千葉県、三重県、滋賀県

《平成25年度から実施》

群馬県、埼玉県、石川県、山梨県、大阪府
奈良県、和歌山県、岡山県、愛媛県、長崎県

地域医療支援センターの実績

○ 平成24年度までに地域医療支援センター事業を実施している全ての都道府県が医師の派遣に取り組んでおり、そのうち多くは、その他にも、医師向けの講習会の開催、面談・相談等の実施、研究資金の貸与等に取り組んでいる。

① 医師派遣実績

開始年度	都道府県数	派遣医師数(常勤換算、人)
H23	15	631
H24	5	177
総計	20	808

② 医師向け講習会の開催実績

開始年度	医師向け講習会の開催があった都道府県数	医師向けの講習会等への参加者数(人)
H23	11	4,939
H24	5	1,298
総計	16	6,237

③ 医師向けの面談・相談等

開始年度	医師向けの面談・相談等実施があった都道府県数	医師向けの面談・相談等の実施者数(人)
H23	12	607
H24	4	103
総計	16	710

④ 医師への研究資金、修学資金の貸与

開始年度	医師への研究資金、研修資金等貸与実施都道府県数	医師への研究資金、研修資金等貸与者数(人)
H23	11	1,272
H24	3	32
総計	14	1,304

(平成25年 医政局指導課調べ)

地域医療支援センターの実績(学生支援)

○ 平成24年度までに地域医療支援センター事業を実施している全ての都道府県が研修病院説明会に参加又は開催しており、多くはその他にも、面談・相談等の実施、修学資金の貸与、修学資金貸与者の配置等に取り組んでいる。

① 研修病院説明会の参加・開催状況

開始年度	研修病院説明会への参加・開催 都道府県数	平均参加・開催回数(回)	延ブース来場者数(人)
H23	15	9.3	10,921
H24	5	3.8	2,681
総計	20	7.9	13,602

② 学生向け説明会参加者(ブース来場者を除く) ③ 学生向けの面談・相談等

開始年度	学生向けの説明会等への参加者数 (人)	開始年度	学生向けの面談・相談等実施都道府県数	学生向けの面談・相談等実施者数(人)
H23	3,872	H23	13	1,173
H24	1,832	H24	3	155
総計	5,704	総計	16	1,328

④ 学生への修学資金等貸与

開始年度	学生への研修資金、 修学資金等貸与都道府県数	学生への研修資金、 修学資金等貸与者数 (人)
H23	9	902
H24	5	339
総計	14	1,241

⑤ 修学資金貸与者の配置への関与

開始年度	修学資金貸与者の地域 枠等の配置に関与のあ る都道府県数	修学資金貸与者の地域 枠等の配置者数 (人)
H23	11	147
H24	4	61
総計	15	208

(平成25年 医政局指導課調べ)

地域医療支援センターの取組

ドクターバンク事業(長野県)

- ・県内勤務に関心のある医師に対し、医師の勤務する医療機関まで支援センター職員が赴き初期面談を実施。その後、勤務候補の医療機関に医師が訪問する際は、支援センターの専任医師、職員も同行し、勤務形態や処遇について確認。
- ・上記の初期面談及び医療機関の訪問を月5～10回程度実施。
- ・平成23年度には、県内の中小医療機関を中心に医師を13名あっせん。

自治医科大学卒業医師の配置調整(広島県)

- ・これまで、自治医科大学を卒業した医師の配置は県が独自に決定していたが、地域医療支援センターの設立により、新たに配置基準を策定。
- ・基準の策定にあたっては、市町村に意見照会後、県、市町、県医師会、大学、地域医療支援センターからなる会議で検討。
- ・各市町から提出された配置に係る調査票に基づき、センターにおいて医療機関を点数化して配置調整案を策定し、上記会議において案を協議・決定する仕組みを構築。
- ・上記の取組により、透明性の高い配置調整がなされ、平成24年4月現在、18名の医師が地域の医療機関において勤務している。

修学資金貸与医師の配置調整(岐阜県)

- ・修学資金を貸与した後期研修医を対象として、診療科ごとのキャリアプログラムを策定し、知事が指定した県内医療機関で研修を実施することにより、専門医の資格を取得可能としている。
- ・具体的には、義務年限内の半数以上は地方勤務を必須とするなどのローテーションルールに沿って、地域医療支援センターが医師ごとのキャリアプログラムを策定。
- ・平成24年4月時点で、32名の医師がキャリアプログラムに参加し、県内医療機関において勤務している。

その他

- ・奨学金を貸与している地域枠等の医学生に対して、将来の進路について個別に面談を実施し、キャリアプログラムの説明を行うことにより、地方へ行っても2年後には戻って高度医療や専門医療を学ぶことができるなど、プログラムの内容を知ること、地域医療への将来の不安を解消することができた。
- ・レジナビフェスタなど、臨床研修病院や医学生・研修医が一堂に会する場において地域医療支援センターのブースを設置して、キャリアアッププログラムなどのセンターの活動内容を周知。

(平成24年 医政局指導課調べ)

地域医療再生基金の概要

【目的】

- 21年度補正予算において、地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置。
- 22年度補正予算において、対象地域を都道府県単位(三次医療圏)の広域医療圏における医療提供体制の課題を解決するために基金を拡充。
- 23年度補正予算において、被災3県(岩手県、宮城県、福島県)のうち、津波等で甚大な被害を受けた地域を中心に基金を拡充。
- 24年度予備費を活用し、被災地(岩手県、宮城県、福島県、茨城県)における医療施設の早期復旧・復興について、更なる医療復興支援が必要なため、被災県が医療の復興計画等に定める事業を支援するために基金を拡充。
- 24年度補正予算にて、地域医療再生計画に基づく事業を遂行していく中で、計画策定時(平成22年度)以降に生じた状況変化に対応するために生じる予算の不足を補うために基金を拡充。

【対象事業】

- 都道府県が策定する地域医療再生計画、医療の復興計画に基づく事業を支援

財源	予算措置額	対象地域	計画期間
平成21年度補正予算	2,350億円	二次医療圏を基本とする地域(94地域×25億円)	平成25年度まで
平成22年度補正予算	2,100億円	都道府県単位(三次医療圏) ※一次・二次医療圏を含む広域医療圏	平成25年度まで
平成23年度補正予算	720億円	被災3県(岩手、宮城、福島)	平成27年度まで
平成24年度予備費	380億円	被災3県及び茨城県	平成27年度まで (茨城県については、平成25年度まで)
平成24年度補正予算	500億円	都道府県単位	平成25年度末までに開始した事業 これまで交付した分で25年度までと していたものも同様の扱いとする。

地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠(概要)

○【地域枠】(平成22年度より医学部定員増)

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

医学教育(6年間)

奨学金の例

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

1. 貸与額

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

2. 返還免除要件

- 医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね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
- ・平成25年度地域枠入学定員(476名)→平成31年に卒業見込み

地域医療再生基金を活用した医師確保の取組

- 医学生への修学資金貸与事業 (平成24年度までの実績)
- 再生基金による修学資金貸与枠数(学年あたり) (平成24年度)

総事業費(千円)	再生基金充当額(千円)
10,111,476	5,382,184

※ 記載のあった38都道府県についてとりまとめたもの

- 一人あたり貸与額
年間180万円～450万円程度

	地域医療再生基金を充当した修学資金貸与枠数(人)
平均	9.0
中央値	7.5
最大値	29
最小値	2

※ 記載のあった32都道府県についてとりまとめたもの

医師育成・確保コンソーシアムと一体となった医学生修学資金制度(岐阜県)

○ 県内大学医学部及び附属病院、研修医が多く集まる公的病院等が、効果的な初期臨床研修の実施と後期研修医の育成のため、コンソーシアムを組織。

(主な機能)

- ・ 初期臨床研修医の教育研修機能
- ・ 後期研修医等のキャリアアップおよび医師派遣機能
- ・ 岐阜大学医学部地域枠卒業生の研修先、勤務先の調整

○ 県内医学部在学の学生、県内高校出身者で他県の大学医学部に在籍する者に対して修学資金を貸与。

○ 貸与を受けた学生は、卒業後にコンソーシアムが提供する初期臨床研修プログラムやキャリアパスにより、県内での研修や勤務に就く(償還免除要件)。

地域医療実習の実施などによる定着支援(新潟県)

○ 県内及び県外の医学部に選抜枠を設定し、学生に対し、卒後9年間は県が指定する医療機関に勤務することを償還免除の要件とする修学資金を支給。

○ 貸与者には、在学期間中毎年1回、地域医療実習への参加を義務づけ、地域医療に対する理解の促進を図る。

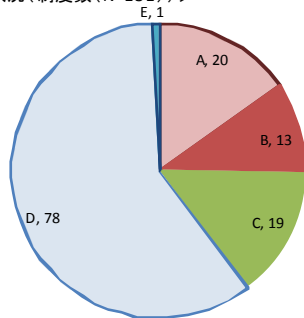
○ また、県内医学部に総合地域医療学講座を設置し、地域医療に貢献する医師の育成及び地域における勤務医の確保を図るとともに、地域医療連携の推進による地域医療の充実を図っている。

(平成25年 医政局指導課調べ)

地域における医師確保のための奨学金制度等の現状

- 68大学から登録された地域における医師確保のための学生を対象とした奨学金制度や授業料の減免制度131制度のうち、臨床研修施設を指定する医療機関とする制度は20あった。
- 初期臨床研修を指定する医療機関で受けることを減免要件とする奨学金等制度を実施する都道府県は12あった。県内の医療機関から選択等も含め、初期臨床研修について何らかの要件を設けている都道府県は34あった。

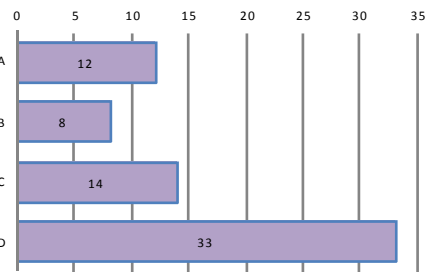
<奨学金の返還免除要件における初期臨床研修に係る要件の状況(制度数(N=131))>



- A 臨床研修を県内の指定された特定の医療機関で行う義務がある
- B 臨床研修を県内の指定された複数の医療機関のうちいずれかで行う義務がある
- C 臨床研修を県内のいずれかの医療機関で行う義務がある
- D 臨床研修を県内の医療機関で行う義務はない
- E 記載なし

<奨学金の返還免除要件における初期臨床研修に係る要件の状況(都道府県数N=47)>

※ 都道府県が実施主体のものに限る



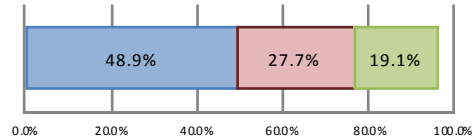
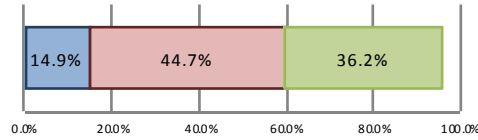
- ※ 重複回答あり
- ※ Dは、初期臨床研修を県内で行った場合に義務年限に含まれる場合と含まれない場合がある。

(文部科学省「地域医療に関する調査」を元に厚生労働省作成)

地域枠学生の研修病院の選定に関する都道府県の意見

- 都道府県内の指定された特定の医療機関で臨床研修を受けることとされた地域枠の学生について、マッチング外とすべきが44.7%と最も多かった。
- 一方、都道府県内の医療機関から自由に選択して臨床研修を受けることとされた地域枠の学生について、マッチング内とすべきが48.9%と最も多かった。

① マッチングの適否(都道府県内の特定の医療機関で) ② マッチングの適否(都道府県内の医療機関から自由に選択し研修する地域枠の場合)



■ マッチング内 ■ マッチング外 ■ その他

■ マッチング内 ■ マッチング外 ■ その他

【マッチング内】であるべきとする主な理由

- ・ マッチング外で扱った場合、学生のモチベーションやレベルを低下させる恐れ
- ・ 一般学生との公平性

【マッチング外】であるべきとする主な理由

- ・ 自治医大生と同様に扱うべき
- ・ アンマッチを防止するため
- ・ マッチング内とすると、学生に自由な病院選択が可能であると期待されてしまう
- ・ マッチング内とすると、実質的なマッチング募集人数（一般枠の数）がわかりにくくなり透明性が低下する恐れ
- ・ マッチングにはなじまない。ただし、定員の内数にすべき

【マッチング内】であるべきとする主な理由

- ・ 現行制度でも希望順位の選択等の工夫で対応可能
- ・ 一般学生との公平性
- ・ マッチング外とすると、病院側が選考試験・面接の機会を逸し人物確認ができない
- ・ マッチング外とすると、本人の学習意欲の低下の恐れ
- ・ マッチング外とすると県が調整することになる
- ・ 他県からの流入の可能性がある

【マッチング外】であるべきとする主な理由

- ・ アンマッチの恐れ

【その他】の主な意見

- ・ 原則はマッチング内とし、アンマッチの場合などに例外的に定員を上乘せすべき
- ・ 各病院の定員の内数で、地域枠のための定員を都道府県が設定できるようにすべき
- ・ マッチング外にすると、1病院の定員を上回る地域枠学生が集まった場合の調整が困難

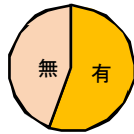
(平成24年厚生労働省「都道府県 医師臨床研修に関するアンケート調査」)

地域枠学生の研修病院に関する都道府県の状況

- 地域枠の学生の臨床研修先について、医療機関を指定している都道府県が17、地域を指定している都道府県が10であった。
- 医師臨床研修システムの活用について、活用しないと回答した都道府県が9、活用すると回答した都道府県が28であった。

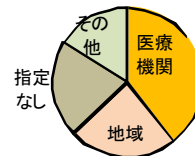
①奨学金等による契約によって、都道府県が地域枠の医学生の初期臨床研修先を決定する権限の有無

	回答数
1: 有	24
2: 無	19



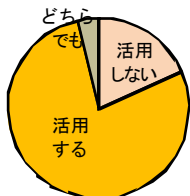
②初期臨床研修先をどのレベルまで指定(強制力のある指定)しているか

	回答数
1: 医療機関	17
2: 地域	10
3: 指定なし	9
4: その他	7



③初期臨床研修先を都道府県が指定する場合、医師臨床研修マッチングシステムを活用するか

	回答数
1: 活用しない	5
2: 活用する	21
3: どちらでも	1
無回答	0



※47都道府県に調査し、回答の得られた43都道府県の結果をまとめたもの。

(平成25年厚生労働省医政局指導課調べ)

医師不足の診療科の医師確保対策

○産婦人科、小児科等の厳しい勤務環境にある診療科において医師が不足

- ➡ 救急医（産科医、麻酔科医、新生児科医、小児科医等を含む）に救急勤務医手当を支給する2次救急医療機関等に対して財政支援
- ➡ 産科医等に分娩手当等を支給する分娩取扱機関に対して財政支援
- ➡ 出生後NICU（新生児集中治療管理室）に入る新生児を担当する医師に手当を支給する医療機関に対して財政支援



医師臨床研修制度に関する関係団体等からの要望(提案)の概要

平成23年6月～平成25年6月までに医政局医師臨床研修推進室において把握できたもの
 要望書提出団体：64

通番	項目	提出団体	内容
1	基本理念	社団法人 日本医師会	新医師臨床研修の基本3原則を堅持し、臨床研修医が、地域社会で充実した研修体制を構築すること。
2		日本医学教育学会	現在の基本理念は堅持されるべきである。
3			基本理念の文言から「プライマリ・ケア」は外すこと。
4	到達目標とその評価		現在の到達目標の骨子は堅持されるべきである。
5		日本医学教育学会	コメディカルなど、他職種からの評価を取り入れることも検討すべきである。
6			ポर्टフォリオやログブックの導入などにより、特に態度・技能領域の評価を充実させるべきである。
7			行動目標に関しては、客観的な評価の導入が検討されるべきである。
8	臨床研修全体の研修期間	日本医学教育学会	臨床研修全体の研修期間については、当面は堅持されるべきである。
9			研修中の妊娠出産等への対応やまた障害を有する研修医への対応について、研修を継続できるように具体策を検討すべきである。
10		公益社団法人 日本精神科病院協会	精神科を必修診療科にもどすこと。
11		公益社団法人 日本産科婦人科学会	産婦人科研修を必修化とすること。
12		社団法人 日本医師会	臨床研修プログラムは、その成果や社会情勢の変化等を踏まえ、適宜、見直しを行っていく。
13	研修診療科	日本医学教育学会	目標の達成に必要な研修科で研修すべきである。現在以上に緩和・弾力化することには反対である。
14			外科と小児科は再び必修化すべきではないか。
15		精神科七者懇談会	精神科研修を必須のものとして組み入れること。
16		東京都精神障害者家族会連合会	精神科研修必修化を求めらる。
17		全国衛生部長会	研修内容を充実させ、より良い研修体制を確保できるよう検討すること。
18		大都市衛生主管局長会	不足する産科・小児科・救急科等における医師の確保に向け、医学教育、臨床研修の整備・充実を図る。
19	各研修診療科の研修期間	日本医学教育学会	現行の必修科目の研修期間は最低限必要である。
20			基幹型研修病院では12ヶ月以上の研修が望ましい。

通番	項目	提出団体	内容
21		大分県	平成25年度以降の臨床研修における対応において、基幹型臨床研修病院の指定基準についての激変緩和措置を継続すること。
22		岐阜勤労者医療協会 みどり病院	「新規年間入院患者数3000人以上」の見直し等、中小病院の管理型研修病院として研修医の受け入れが出来るようにするため、制度の弾力的な運用等必要な措置を講じること。
23		医療法人尾張健友会 千秋病院	年間入院患者数3,000人未満の病院を基幹型臨床研修病院から外さないこと。
24		医療法人 名南病院	年間入院件数3,000件という基準については、あらためて見直すこと。
25			2012年4月1日で廃止される激変緩和措置について、それ以降も継続されるようにすること。
26	必要な症例	みえ医療福祉生活協同組合 津生協病院	年間入院患者数3,000人未満の病院を基幹型臨床研修病院から外さないこと。
27			年間入院患者数を研修病院としての基準とするのは妥当性を欠く。
28		日本医学教育学会	入院患者数に拘わらず、本来すべての病院が訪問調査を受けることが望ましい。
29			診療科ごとの症例数は参考基準として取り扱えば良い。
30		高知県	「年間入院患者3000人以上」について等、地域医療の確保の観点から基幹型臨床研修病院の指定基準の弾力的運用を図ること。
31		神奈川県	指導体制の整った中小病院についても研修病院として指定できるよう基準を見直すこと。
32			研修管理委員会やプログラム責任者講習会の存在は不可欠である。
33	指導・管理体制	日本医学教育学会	プログラム責任者にはプログラム責任者講習会を義務づけるべきである。
34			研修医がローテートするすべての科に指導医を配置すべきである。
35		京都府、市町村及びび2大学	自治体が独自に運営している公立医科大学分の定員については、別枠として定員に加算措置を講じること。
36		富山県	研修医が特定の地域に過度に集中することのないよう都道府県別の上限の設定をすること。
37		長野県	医師不足の県においては、県の上限を設定せず、各病院の希望どおりに募集定員を決定するように制度を変更すること。
38			大都市から地方への研修医の誘導を図ること。医師不足の県においては、県の上限を設定しないこと。
39		社団法人 日本医師会	研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数を概ね一致させる。都道府県の募集定員は人口や地理的条件などの実情を踏まえて設定する。
40	募集定員の設定方法	公立大学法人和歌山県立医科大学	和歌山県の臨床研修募集定員増員を強く要望する。
41		北海道	臨床研修希望者数と募集定員を概ね一致させ、都道府県毎の定員数は、地理的条件など地域の実情を踏まえた上で、医師の不足や地域偏在の解消に向けて、配分する必要がある。
42		京都府	地域の自助努力が十分反映される制度となるよう、自治体が独自に運営している公立医科大学分の定員については、別枠として定員に加算措置を講じること。あるいは、当該大学の医学部定員の範囲内で知事が独自に加算できる措置を講じること。
43		三重県	都道府県ごとの定員設定について、医師数の過不足の状況等を踏まえたものとするなどの制度の見直しを行うこと。
44		山口県	都市・地方の医師偏在解消に向けた各都道府県の臨床研修募集定員の適正化を行うこと。

通番	項目	提出団体	内容
45	募集定員の設定方法	自由民主党京都府議会議員団	地域の自助努力が十分反映される制度となるよう、自治体が独自に運営している公立医科大学分の定員については、別枠として定員に加算措置を講じること。
46			都道府県別の医学部入学定員数で按分するのは廃止すべきである。
47			都道府県別の人口で按分する場合、マッチング応募者総数を按分すべきである。
48		日本医学教育学会	人口あたりの医師数、高齢者割合を加味することを支持する。
49			激変緩和措置は、しばらく継続させて良いのではないが、(各都道府県、各研修病院ともに)
50			医師派遣加算は医師不足地域への派遣に限定すべきである。
51			募集定員20名以上の研修病院に小児科・産科のプログラム(募集定員各20名以上)を設ける義務づけは廃止すべきである。
52		和歌山県	地域の医師確保対策を推進するため、医師臨床研修の募集定員の設定方法を見直すこと。また「地域枠」を別枠にするなど募集定員を増員すること。
53		茨城県	各都道府県の上限数の算定にあたっては、地域特性や医師不足の状況を考慮し、可住地面積当たりの医師数及び人口10万人当たりの医師数を加算の要件に加えること。
54		全国自治体病院開設者協議会 公益社団法人全国自治体病院協議会 全国自治体病院経営都市議会協議会 全国知事会 全国都道府県議会議長会 全国市長会 全国市議会議長会 全国町村議会議長会 全国町村議会 公益社団法人国民健康保険中央会	臨床研修定員の設定について、地域の努力や創意、他地域への貢献等が十分反映される制度に改めるとともに、都道府県内における地域の実情についても十分配慮した医師不足困難地域に対するきめ細やかな制度的な措置を講じること。
55		愛媛県	複数の中小規模の病院が、相互連携し、総体として臨床研修の質を確保する場合、研修医の受入が行える制度を導入すること。
56	一般社団法人全国公私病院連盟	研修医定員枠の調整などに取り組みとともに医師数の地域格差を是正する施策を講ずること。	
57	大阪府	激変緩和措置廃止にあたっては、都市部のこれまでの研修医養成実績等を適正に評価するとともに、診療科目別の医師偏在等に悪影響を及ぼさないよう十分配慮すること。	
58		各病院の研修体制充実のインセンティブ確保のため、研修体制の強化を図り応募実績を伸ばした病院に対しては、適切な募集定員の上乗せ措置を行うこと。	
59	青森県	都道府県毎の募集定員は、地理的条件など地域の実情を踏まえた上で、医師不足や地域偏在の解消に向けた配分とすること。	
60	宮崎県	医師が不足する地域や診療科の医師確保につながるよう、都市部の研修医医師の更なる削減を行い、臨床研修開始予定者数と臨床研修病院の募集定員の開きを縮小すること。	

通番	項目	提出団体	内容
61		岡山県	各研修病院の県内募集定員とは別に、地域枠卒業医師に係る県内定員枠を設定すること。
62		国立大学法人 旭川医科大学	地域枠入学の学生数を考慮した臨床研修医の募集定員の算定すること。
63		北海道	国が定める募集定員については、地域枠学生数を考慮し、地域枠に係る加算を認めるなど見直しをすること。
64		地域枠学生に対して、臨床研修制度上の配属は不要である。	
65		日本医学教育学会	他県に係る地域枠学生分は研修する都道府県の募集定員に参入すべきである。
66	地域枠への対応	地域枠の学生もマッチングに参加すべきである。	
67		全国衛生部長会	募集定員について地域枠の加算を認めるなど、地域医療の確保の観点から見直すこと。
68		東京都	地域枠学生については、その趣旨を踏まえ、当該地域において確実に初期臨床研修を実施できるよう、通常の募集定員とは別に初期臨床研修募集定員を設定すること。
69		中国地方知事会	大学医学部の地域枠卒業者の地域への定着を図るため、臨床研修病院のマッチング対象定員枠とは別に、都道府県による地域枠卒業者を対象とする定員枠の設定を認めること。
70		兵庫県	地域枠出身の臨床研修医は個々の臨床研修病院の研修医受入定員枠のとは別枠で扱い、都道府県の裁量で配分できるようにすること。
71		社団法人 日本医師会	臨床研修医の研修先における給与水準を一定の範囲内にする。
72		臨床研修医が単なる労働力として位置付けられことなく研修に専念できる環境を整備すること。	
73	研修医の処遇等の確保	研修医の処遇については、一定の上限を設定すべきである。	
74		日本医学教育学会	労働環境は、労働基準法に則って整備すべきである。だが、自己研鑽等の時間は労働時間と見なさないなど、柔軟な対応が望まれる。
75		臨床研修病院群の形成自体は望ましい。	
76	臨床研修病院群の形成	基本的には同一圏か近接した医療圏で形成されることが望ましいが、遠隔地との連携もあり得る。	
77		日本医学教育学会	大学病院を含めた群形成を指定の要件にはしないこと。
78		群を形成する各病院の規模の規定を設ける必要はない。	
79	第三者評価	他職種や非医療者(市民代表)が評価をすることを検討すべきである。	
80		研修医の診療能力のアウトカム評価もなされるべきである。	
81		臨床研修病院の指定や都道府県全体の定員上限枠について、都道府県の意見が十分反映できるよう制度変更すること。	
82	都道府県の役割	個々の臨床研修病院の定員枠の増減について、都道府県が地域の政策的必要性も勘案し調整できる権限を拡大するよう制度変更すること。	
83		国が一方的に定めている臨床研修病院の指定、研修医受入定員調整について、都道府県が地域の実情や政策的必要性も勘案して設定できる制度へ変更すること。	
84		都道府県は臨床研修制度において役割を果たすべきである。	

通番	項目	提出団体	内容
85	運用上の問題	日本医学教育学会	受入実績が2年ないことにより指定を取り消された病院が、翌年すぐに再申請が可能であることを継続すべきである。
86			指導医講習会の受講後に指定申請すべきである。
87	中断及び再開、修了	日本医学教育学会	メンタルケア体制の有無を指定要件に加えることが望ましい。
88			研修中の妊娠出産等への対応やまた障害を有する研修医への対応について、研修を継続できるよう具体策を検討すべきである。
89		京都府、市町村及び大学	大学の臨床研修医の定員については、その受入能力や制度導入前の採用実績に配慮した定員数を確保すること。
90			医師の地域偏在・診療科偏在を是正する仕組みの構築(国の責任による医師の適正な配置がされる仕組みの構築)が必要である。
91		兵庫県	以下は構造改革特区としての提案 へき地に所在する臨床研修病院とそれ以外の地域の臨床研修病院とをグループ化して定員を設定、当該定員を超えた希望者があった場合、その超えた部分については都道府県全体の定員枠の調整分として認める。
93			都道府県の「医師修学資金制度」により養成された医師については、都道府県が地域の実情に応じて配置できるように、国が定める定員枠の外枠とし、都道府県の裁量で医師不足地域の病院に追加配分できるようにする。
94		北海道	郡部・へき地など医師不足地域での研修実施など、地域医療研修の充実を図る必要がある。
95		日本共産党宮崎県委員会	地域医療の充実をはかること。
96		鹿児島県	地方に配慮した臨床研修制度の促進(研修医の都市部集中の是正に資するよう制度の運用、財政面も含めた支援措置)すること。
97		山梨県	医師の地域間偏在・診療科偏在の解消(臨床研修制度の抜本的な制度の見直し)をすること。
98	地域医療の安定的確保	日本医学教育学会	原則として、研修に適した環境を医師不足地域の病院が備えることを支援することで、地域間偏在が是正されるのが望ましい。
99			研修医に医師不足地域の医療を体験させることも有効と思われる。
100		岩手医科大学 学長 東北大学 医学部長 福島県立医科大学 学長	6都府県に集中している研修医制度の見直しをすること。
101		広島県	地域医療体制の確保のための取組の充実をすること。(新たな医師臨床研修制度導入後、本県の初期臨床研修医は大きく減少している。)
102		秋田県	臨床研修制度における地域医療研修期間の延長や、臨床研修後における一定期間の過疎地域勤務の義務付けなどにより医師の地域的な偏在の解消に向けた新たな制度を構築すること。
103		北海道市長会	臨床研修制度の導入による影響をふまえた医師不足地域での一定期間の勤務の義務付けなど、地域医療の確保につながるよう早急に改善を図ること。
104		福島県	被災地の臨床研修医採用減少等の状況を踏まえ、研修医の都市部への集中の是正を行うなど、医師不足地域に配慮した見直しを早急を実施すること。
105		全国市長会	医師不足の影響や問題点の検証を踏まえ、地域医療が維持・確保できるような改善を図ること。
106		鳥取県自治体代表者会議 鳥取県地方分権推進連盟	地域偏在を解消できるように見直しすること。

通番	項目	提出団体	内容
107	地域医療の安定的確保	オホーツク圏活性化期成会	医師不足地域での一定期間の勤務の義務付けなど、地域医療の確保につながるよう早急に制度の改善を図ること。
108		北海道空知地方総合開発期成会	臨床研修医制度導入による影響を踏まえ医師不足地域での一定期間勤務の義務化が必要。
109		全国都道府県議会議長会	医師の地域別、診療科別偏在の解消に実効性のある制度の構築を図ること。
110		青森県	若手医師の地域医療に関する一層の理解を深めるため、郡部・へき地など医師不足地域での研修の実施など、地域医療研修の充実を図ること。
111		宮崎県	医師の地域間偏在や診療科の偏在を是正するため、医師の適正な配置が行われる制度構築し、地域医療体制の充実・強化を図ること。
112		九州各県議会議長会	地域の医師不足問題の解消に実効のある制度の構築・運用を行うこと。
113		愛媛市長会	医師を安定的、継続的に地域の中小病院へ配置できるよう、大学医局の旧来の機能を回復する、あるいは、各都道府県の地域医療対策協議会等が医師の需給調整を行えるような仕組みを構築するなど、有効な対策を実効すること。
114		四国西南地域市議会議長懇談会	医師を安定的、継続的に地域の中小病院へ配置できるよう、大学医局の旧来の機能を回復する、あるいは、各都道府県の地域医療対策協議会等が医師の需給調整を行えるような仕組みを構築するなど、有効な対策を実効すること。
115		愛知県	病院勤務医不足の問題は、医師養成数や臨床研修、診療報酬といった制度が大きく関わっており、制度の設計者である国でなければ解決できない問題が多く、国における抜本的な対策の実施が必要である。
116		中国地方知事会	地域医療提供体制の確保のため、地方の厳しい医師不足の現状を考慮し、都市・地方の医師の偏在が解消されるよう各都道府県の臨床研修医の募集定員の適正化を図ること。
117		社団法人 日本医師会	臨床研修は、原則卒業直後から行うが、基礎医学に進む場合には後年あらためて臨床研修を受けられることができるようにする。
118	日本医学教育学会	研修期間中の大学院における研究は原則として認めるべきではない。	
119	関連する医学教育等	日本医学教育学会	卒前臨床教育の充実をいっそう進めるべきである。
120		日本医学教育学会	専門医制度のあり方は、初期臨床研修制度の理念が尊重されるべきである。
121	その他	秋田県	臨床研修終了後の過疎地勤務を義務づけるなど、医師の地域的な偏在や診療科偏在の解消に向けた制度を構築すること。
122		群馬県	各診療科及び各都道府県において、必要な医師数を養成できるシステムを構築すること(例えば後期臨床研修の法定化など)
123		社団法人 日本医師会	基本的なプライマリ・ケア能力を獲得し、地域医療を担うことができる医師を養成するため、地域社会で充実した研修体制を準備する。
124	その他	島根益田市・津和野町・吉賀町	出身大学の所在の都道府県内で卒後一定の期間、地域医療に従事する期間を設けるなどの策を講じること。
125		四国知事会	臨床研修終了後、一定期間の医師不足地域における診療を義務付けること。
126		愛媛県	臨床研修終了後一定期間の医師不足地域等での診療の義務付けを検討すること。
127		京都府	大学医学部における地域枠の拡大、医師臨床研修終了後のへき地勤務の義務化を行うこと。
128		全国衛生部長会	研修内容を充実させ、より良い研修体制を確保できるよう検討すること。

通番	項目	提出団体	内容
129		社団法人 日本医師会	臨床研修の2年間、臨床研修医は地元出身大学に軸足を置きつつ、より実践的な地域医療を身につける。また、各大学に「大学臨床研修センター(仮称)」を設置、また都道府県ごとに「都道府県医師研修機構(仮称)」を設置し、それらを将来は発展的に再編し「都道府県地域医療対策センター(仮称)」(医師養成と医師確保を担う)体制を構築する。
130		鹿児島県	医師不足の解消や偏在是正を図るため、医師の計画的な育成、確保及び定着を目的とした実効性ある支援策を講じること。
131		新潟県	臨床研修終了後に医師不足地域での診療を経験させるなど、医師の地域偏在の解消に向けた実効性のある対策を講じる必要がある。
132		北海道	臨床研修終了後に医師不足地域での診療を経験を付加する等、地域における医師確保に実効性のある対策を講ずること。
133		長野県	臨床研修終了後、専門医資格取得までの間に、へき地医療や産科・小児科など医師不足が著しい診療科への勤務を誘導する制度を創造すること。
134		四国知事会	臨床研修終了後、一定期間の医師不足地域における診療を義務付けること。
135	その他	全国市長会	魅力のある研修制度へ向けて努力している地方病院について、適切な財政支援を行うこと。
136		北海道後志総合開発期成会	臨床研修終了後一定期間過疎地域へ勤務することを義務づけることと、特に内科、小児科、産婦人科の医師確保対策を講じること。
137		青森県	臨床研修終了後の一定期間、へき地等における勤務を義務付けるなど、規制・義務付けによる実効性のある対策を推進すること。
138		北海道町村議会議長会	臨床研修制度の見直し、さらに臨床研修終了後もへき地・離島等へ一定期間勤務することを義務づけること。
139		大阪府	単に医師の地域別・診療科目別の偏在是正を目的とするのではなく、研修内容を充実させ、研修体制を確保するという視点により、検討を行うこと。
140		北海道・東北六県議会議長会	へき地及び特定診療科等における医師を確保するため、臨床研修終了後の一定期間、へき地等での診療を義務化することなど、実効性のある対策を推進すること。
141		全国公立病院連盟総会 全国公立病院連盟事務局長会	臨床研修病院の指導医に対する評価を適正に行うこと。
142		全国公立医科・歯科大学設置団体協議会 全国公立医科・歯科大学	大学附属病院等における医師及び歯科医師の臨床研修費補助の拡充。

事務局提出資料 2

平成 25 年臨床研修修了者アンケート調査 結果概要 (中間報告)

1

調査方法

臨床研修制度の向上に向けた基礎資料とするため、平成25年3月に臨床研修を修了予定(平成23年4月研修開始)の研修医7,545名に対し、厚生労働省より自記式質問票を送付。平成25年3月中を回答期間とし、回収・集計。

調査結果

以下(参考H24)とあるのは、昨年の調査結果(平成24年3月研修修了者対象)

回収率 76.0%(回収数5,735枚)

配布対象者	回収数	回収率	有効回答数
7,545	5,735	76.0%	5,735
(参考H24) 7,506	5,057	67.4%	5,057

回答者の基本属性

臨床研修を行った病院の種類

病院の種類	人数	割合	(参考H24)
大学病院	2,496	43.5%	48.3%
臨床研修病院	3,101	54.1%	51.4%
無回答	138	2.4%	0.3%

出身大学の所在する地域

地域	人数	割合
北海道	198	3.5%
東北	406	7.1%
関東信越	1,921	33.5%
東海北陸	758	13.2%
近畿	830	14.5%
中国・四国	691	12.1%
九州	821	14.3%
海外の医学校	13	0.2%
無回答	97	1.7%

男女比

男性		女性		無回答	
人数	割合	人数	割合	人数	割合
3,694	64.4%	1,872	32.6%	169	3.0%

臨床研修の実施状況等について

臨床研修を行った病院を選んだ理由

病院を選んだ理由は

- ・大学病院では、出身大学である、プログラムが充実、研修後の進路やキャリア上有利などが多い。
- ・一方、臨床研修病院では、プログラムが充実、多くの症例が経験できる、様々な診療科等でバランス良い経験を積める、プライマリ・ケアの能力を修得できるなどが多い。

これらの傾向は、例年おおむね同様の傾向となっている。

臨床研修を行った病院を選んだ理由（複数回答のうち「最も影響が強かった」と回答した項目）

順位	大学病院で研修した研修医の回答			臨床研修病院で研修した研修医の回答		
	理由	割合		理由	割合	
1	出身大学だから	29.6%	(参考H24) 25.4%	臨床研修のプログラムが充実	21.5%	(参考H24) 22.5%
2	臨床研修のプログラムが充実	16.2%	20.4%	多くの症例を経験できる	13.7%	12.4%
3	臨床研修後の進路やキャリアを考えると有利	11.7%	9.4%	様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める	12.6%	10.8%
4	たすきがけプログラムがあったから	11.2%	10.0%	プライマリ・ケアに関する能力を修得できる	10.3%	9.7%
5	実家に近い	5.0%	6.6%	熱心な指導医が在職	5.7%	4.7%

4

満足度等

臨床研修の満足度は、5点満点中約4点である。
基本的な診療能力の修得の観点から、各診療科が役立ったかの度合には、ばらつきがある。

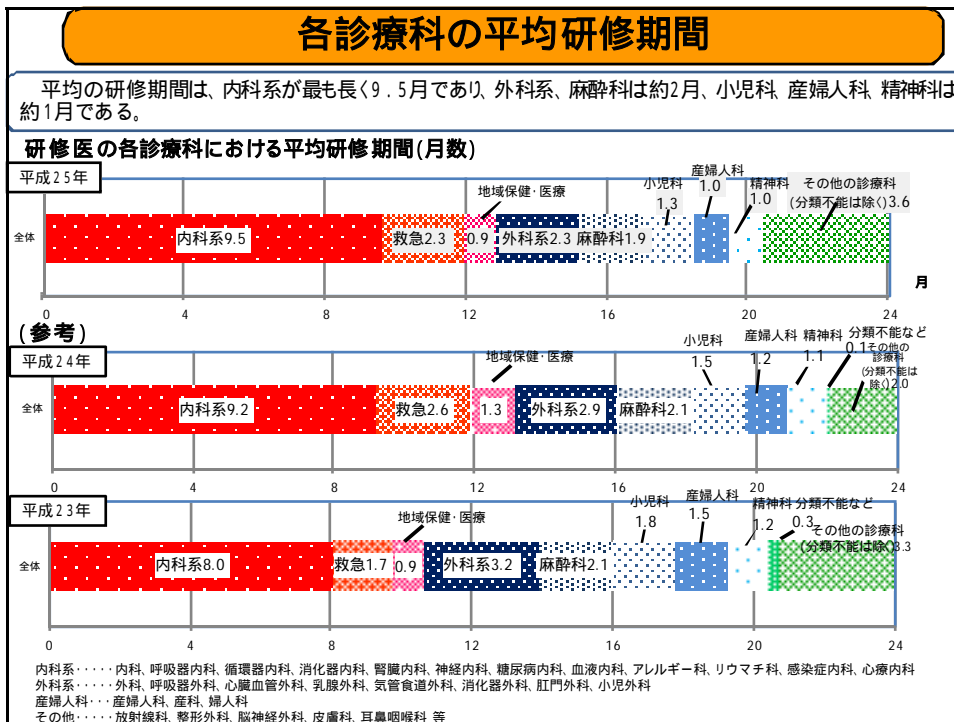
経験した臨床研修の満足度(平均) 評価の尺度：1点(低)← 3 →5点(高)

	評価	
	満足度	(参考H24)
全体	3.9	4.0
大学病院で研修した研修医	3.7	3.9
臨床研修病院で研修した研修医	4.0	4.2

基本的な診療能力の修得の観点から、研修を行った各診療科の役立った度合
評価の尺度：1点(低)← 3 →5点(高)

診療科	評価	(参考H24)	診療科	評価	(参考H24)
内科系 1	4.0	4.4	放射線科	4.3	4.4
外科系 2	4.0	4.2	脳神経外科	4.1	4.3
救急	4.2	4.3	総合診療(科)	4.1	4.4
麻酔科	4.2	4.3	皮膚科	4.1	4.3
小児科	3.9	4.1	耳鼻咽喉科	4.1	4.3
産婦人科 3	3.6	3.9	泌尿器科	4.1	4.3
精神科	3.6	3.8	眼科	4.0	4.2
地域保健・医療	3.8	4.1	形成・美容外科	4.2	4.4
整形外科	4.0	4.4	その他	3.9	4.2

1) 内科系・・・内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科
2) 外科系・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
3) 産婦人科・・・産婦人科、産科、婦人科



臨床研修前後での将来希望する診療科の変化(1)											
研修前後で希望する診療科の変化がみられ、麻酔科、精神科は増加傾向にある。 ただし、他の世代の医師の診療科の状況も考慮する必要がある。											
診療科	研修前 1				研修後 1				参考：全医師に対する割合 (平成22年医師、歯科医師、薬剤師調査)		
	人数	割合	(参考H24)	(参考H23)	人数	割合 (研修前後の増減)	(参考H24) (研修前後の増減)	(参考H23) (研修前後の増減)	30代前半	30代後半	全医師
内科系 ²	2,054	35.8%	34.4%	34.4%	1,998	34.8%	35.0%	33.1%	32.6%	34.0%	37.5%
外科系 ³	696	12.1%	13.7%	12.4%	612	10.7%	11.9%	12.0%	10.8%	10.8%	9.9%
小児科	541	9.4%	10.3%	10.5%	377	6.6%	7.2%	7.9%	6.9%	5.8%	5.7%
産婦人科 ⁴	322	5.6%	7.0%	6.6%	273	4.8%	5.8%	5.6%	4.3%	4.2%	4.4%
麻酔科	182	3.2%	2.8%	3.6%	285	5.0%	4.7%	5.0%	5.3%	3.6%	2.8%
救急	148	2.6%	3.0%	2.3%	153	2.7%	2.2%	2.3%	1.7%	1.4%	0.8%
精神科	210	3.7%	4.0%	3.4%	256	4.5%	4.6%	4.1%	5.0%	5.9%	5.1%

1…アンケート回答総数(5,735名)に対する割合
 2…内科系(内科、腎内、血内、糖尿病、循内、消内、神内、アレルギー、リウマチ、感染症、心療内科)
 3…外科系(外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科)
 4…産婦人科(産婦人科、産科、婦人科)

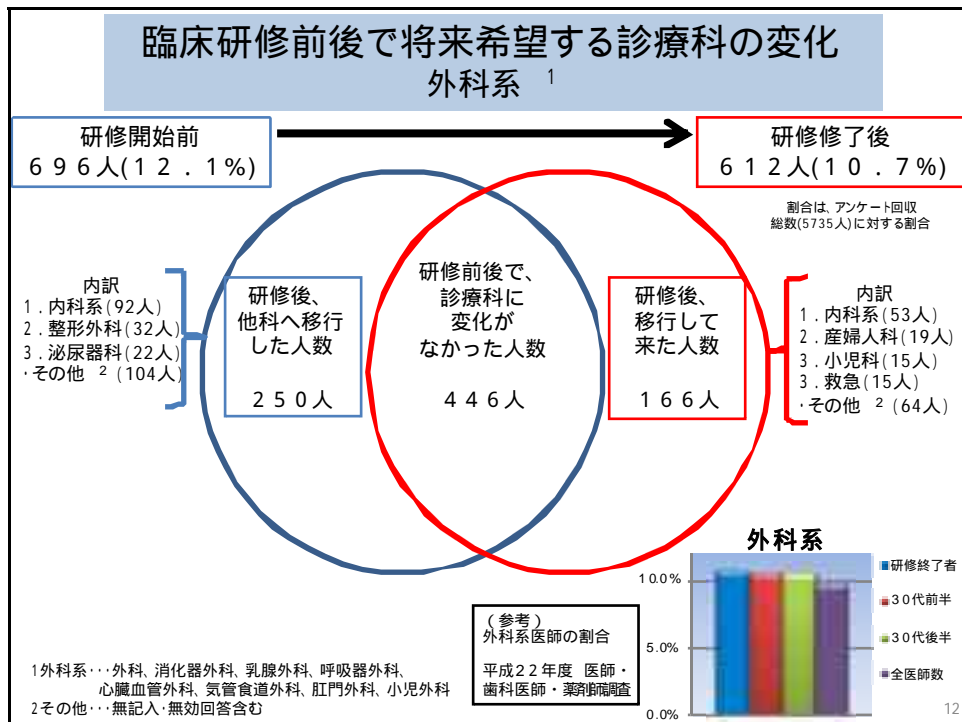
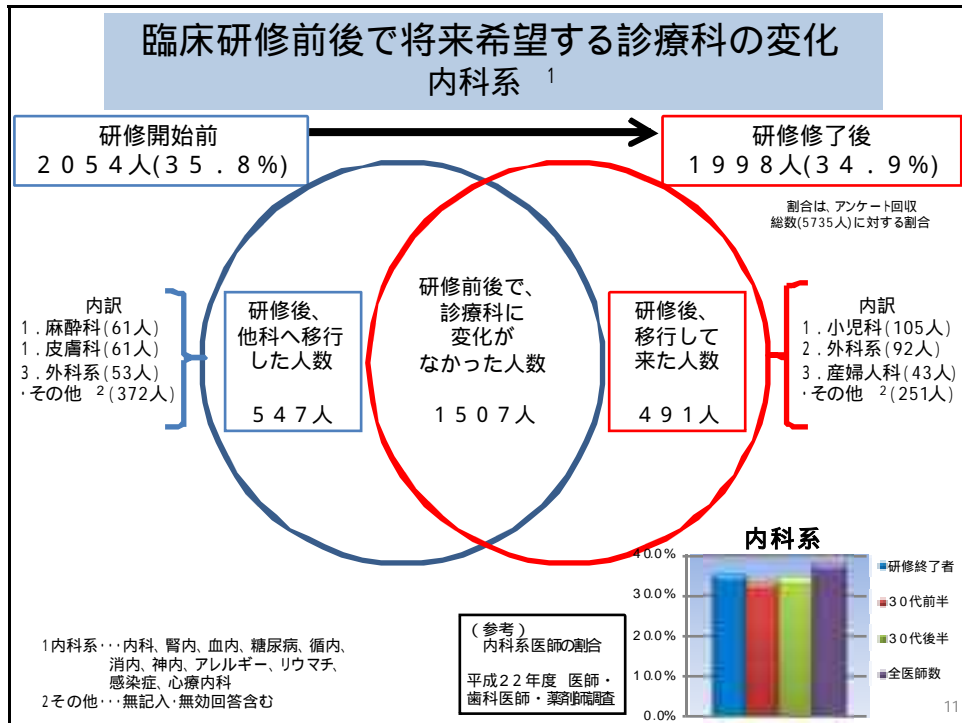
臨床研修前後での将来希望する診療科の変化(2)											
研修前後で希望する診療科の変化がみられ、皮膚科、眼科、放射線科を中心に増加傾向にある。 ただし、他の世代の医師の診療科の状況も考慮する必要がある。											
診療科	研修前				研修後				参考：全医師に対する割合 (平成22年医師、歯科医師、薬剤師調査)		
	人数	割合	(参考H24)	(参考H23)	人数	割合	(参考H24)	(参考H23)	30代前半	30代後半	全医師
皮膚科	143	2.5%	1.9%	2.6%	195	3.4%	2.7%	2.7%	3.4%	3.2%	3.0%
整形外科	363	6.3%	5.3%	6.1%	375	6.5%	6.1%	6.3%	6.7%	8.0%	7.1%
眼科	116	2.0%	2.1%	2.0%	170	3.0%	2.2%	2.6%	4.1%	5.4%	4.6%
耳鼻咽喉科	107	1.9%	2.4%	2.3%	123	2.1%	2.7%	2.6%	2.7%	3.3%	3.2%
泌尿器科	100	1.7%	1.7%	2.0%	130	2.3%	2.3%	2.6%	2.5%	2.8%	2.3%
脳神経外科	148	2.6%	2.7%	3.0%	142	2.5%	2.6%	2.9%	2.4%	2.7%	2.4%
放射線科	102	1.8%	1.7%	2.1%	161	2.8%	2.9%	3.2%	2.9%	2.7%	2.0%
病理診断	30	0.5%	0.5%	0.5%	35	0.6%	0.7%	0.6%	0.5%	0.6%	0.5%
形成外科	79	1.4%	1.2%	1.3%	85	1.5%	1.3%	1.7%	1.7%	1.3%	0.8%
リハビリ	20	0.4%	0.3%	0.3%	29	0.5%	0.3%	0.4%	0.5%	0.7%	0.7%

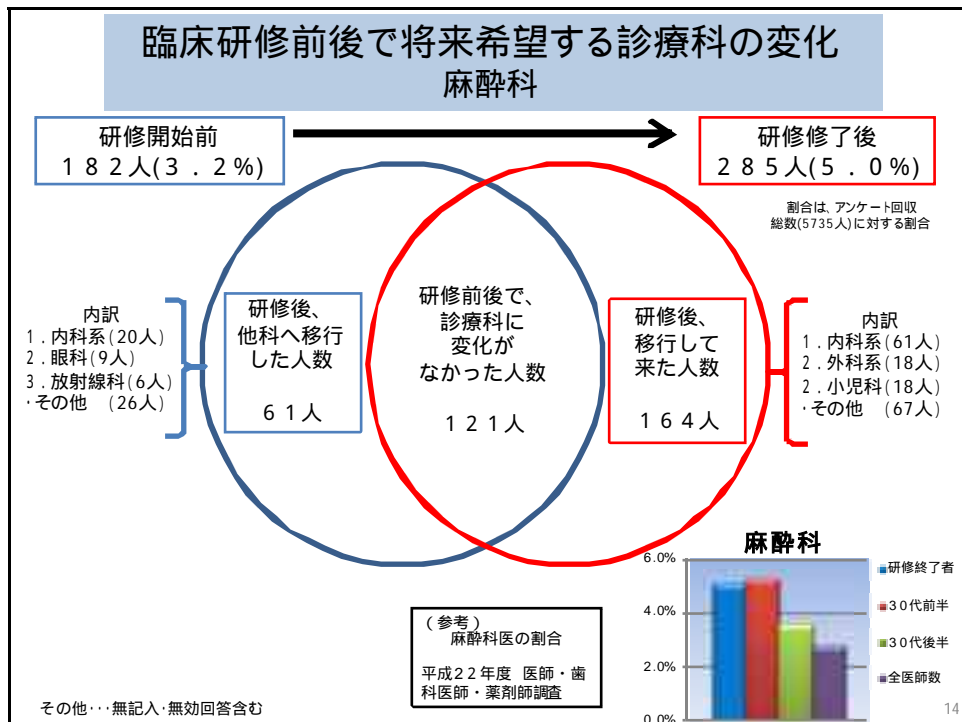
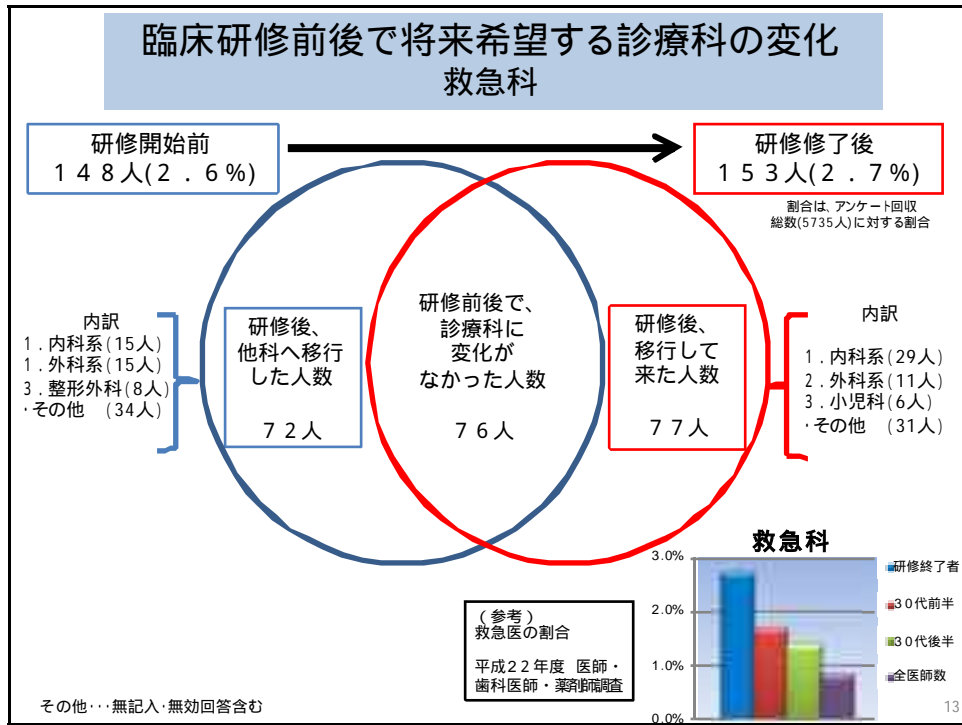
臨床研修前後での将来希望する診療科の変化(男女別割合)										
男女別にみると、産婦人科、皮膚科は、女性の割合が研修前後とも5割を超えている。										
診療科	研修前					研修後				
	総計	男性		女性		総計	男性		女性	
		人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合
内科系	2054	1320	64.3%	663	32.3%	1998	1293	64.7%	634	31.7%
外科系	696	550	79.0%	130	18.7%	612	470	76.8%	128	20.9%
小児科	541	287	53.0%	236	43.6%	377	213	56.5%	151	40.1%
産婦人科	322	99	30.7%	211	65.5%	273	102	37.4%	165	60.4%
麻酔科	182	101	55.5%	78	42.9%	285	136	47.7%	142	49.8%
救急	148	118	79.7%	24	16.2%	153	120	78.4%	29	19.0%
精神科	210	130	61.9%	75	35.7%	256	164	64.1%	84	32.8%
皮膚科	143	57	39.9%	86	60.1%	195	61	31.3%	130	66.7%
整形外科	363	319	87.9%	36	9.9%	375	337	89.9%	31	8.3%
眼科	116	63	54.3%	48	41.4%	170	88	51.8%	77	45.3%
耳鼻咽喉科	107	76	71.0%	29	27.1%	123	81	65.9%	41	33.3%
泌尿器科	100	86	86.0%	13	13.0%	130	110	84.6%	19	14.6%
脳神経外科	148	125	84.5%	19	12.8%	142	117	82.4%	19	13.4%
放射線科	102	75	73.5%	27	26.5%	161	111	68.9%	47	29.2%
病理診断	30	21	70.0%	9	30.0%	35	23	65.7%	11	31.4%
形成外科	79	41	51.9%	37	46.8%	85	46	54.1%	37	43.5%
リハビリ	20	9	45.0%	11	55.0%	29	14	48.3%	14	48.3%

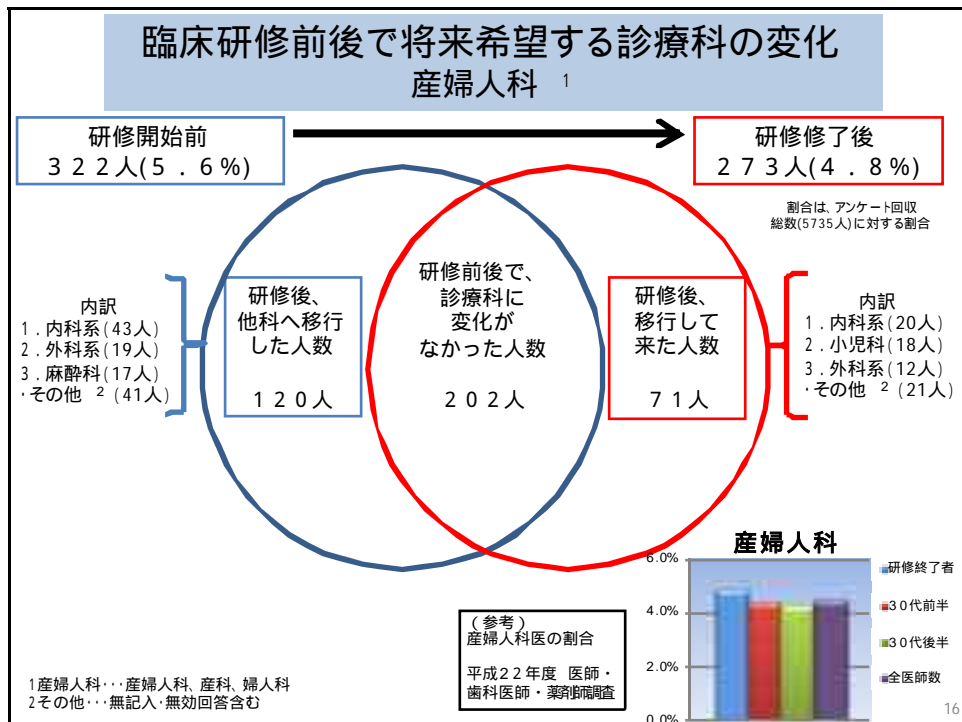
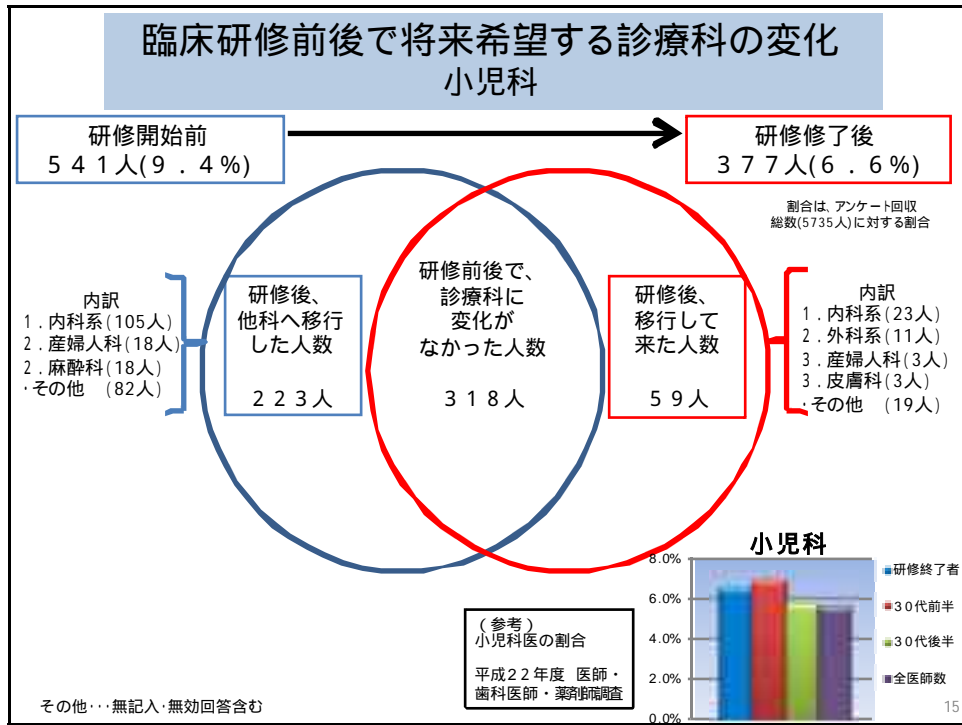
9
性別不詳の数値は割愛しているため、男女の合計割合が100%にはならない。

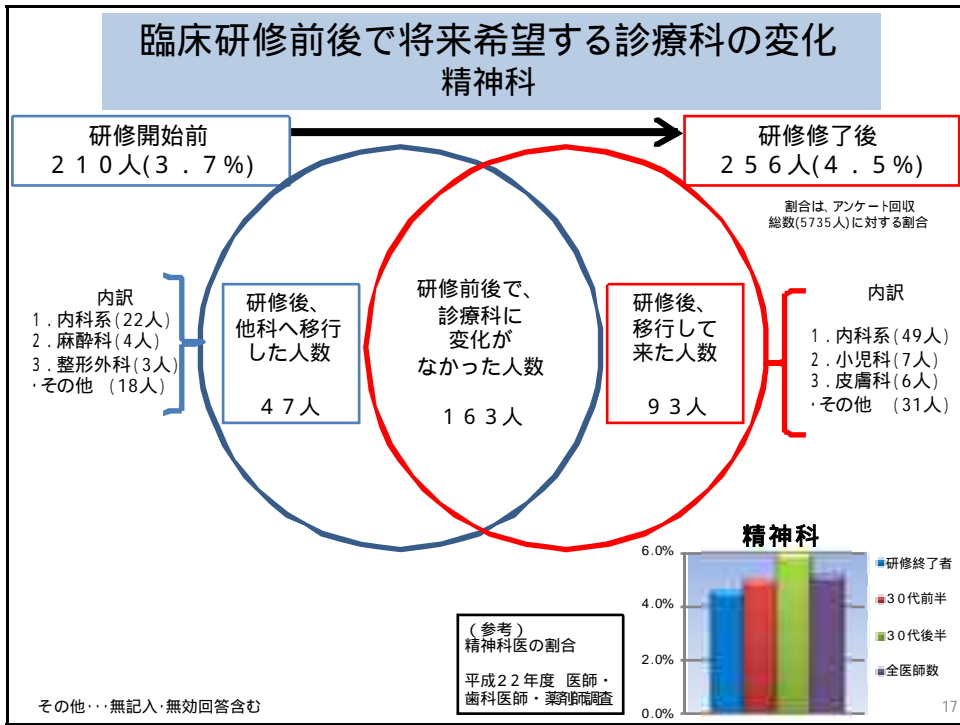
従事したい診療科を選んだ理由・従事したい診療科が変わった理由		
従事したい診療科を選んだ理由は、「やりがいがある」、「なんとなく相性が合う」、「学問的に興味がある」の順に多い。従事したい診療科が変わった理由は、「仕事の内容が想像と違った」、「研修開始前には希望診療科が未定だった」、「専門性を維持しづらい」の順に多い。		
従事したい診療科を選んだ理由 (複数回答のうち「最も影響が強かった」と回答した項目)(n=5,735)		従事したい診療科が変わった理由 (複数回答のうち「最も影響が強かった」と回答した項目)(n=2,301(研修前後で変わった者))
項目	人数	割合
やりがいがある	1,924	33.5%
なんとなく相性が合う	1,138	19.8%
学問的に興味がある	1,115	19.4%
適性・才能があると感じた	637	11.1%
専門性を維持しやすい	171	3.0%
親や親戚がその診療科・分野に従事	138	2.4%
優れた指導者がいる	131	2.3%
労働環境(勤務時間・当直)が良い	73	1.3%
先輩や教授に誘われた	66	1.2%
出産・育児・教育の環境が整っている	52	0.9%
独立・開業しやすい	33	0.6%
給与が良い	21	0.4%
患者・患者家族からの信頼を得やすい	18	0.3%
訴訟のリスクが低い	4	0.1%
医学博士号や専門医資格がとりやすい	2	0.0%

項目	人数	割合
仕事の内容が想像と違った	333	13.9%
研修開始前には希望診療科が未定だった	326	13.6%
専門性を維持しづらい	221	9.2%
適性・才能がない	216	9.0%
なんとなく相性が合わない	167	7.0%
労働環境(勤務時間・当直)が悪い	134	5.6%
やりがいが見いだせない	130	5.4%
学問的な興味を失った	106	4.4%
出産・育児・教育の環境が整っていない	64	2.7%
精神的にきつい	55	2.3%
突然呼び出されることが多い	41	1.7%
人間関係に疲弊	37	1.5%
優れた指導者がいない(または転出した)	34	1.4%
研修施設・設備が充実していない	25	1.0%
給与が悪い	11	0.5%
訴訟となるリスクが高い	8	0.3%
医学博士号や専門医資格が取りづらい	2	0.1%

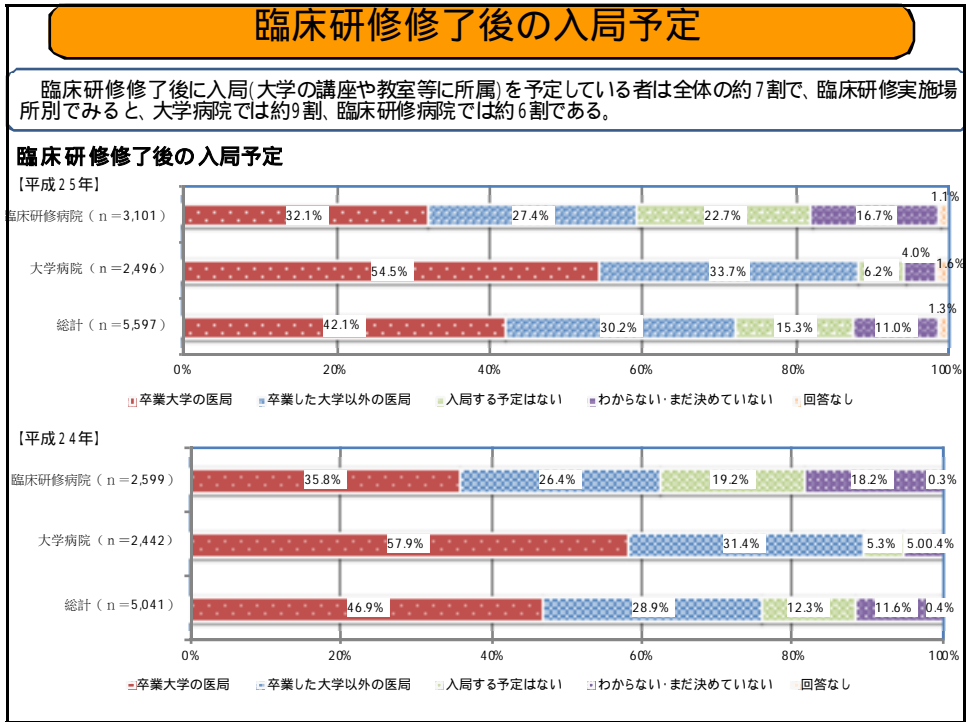
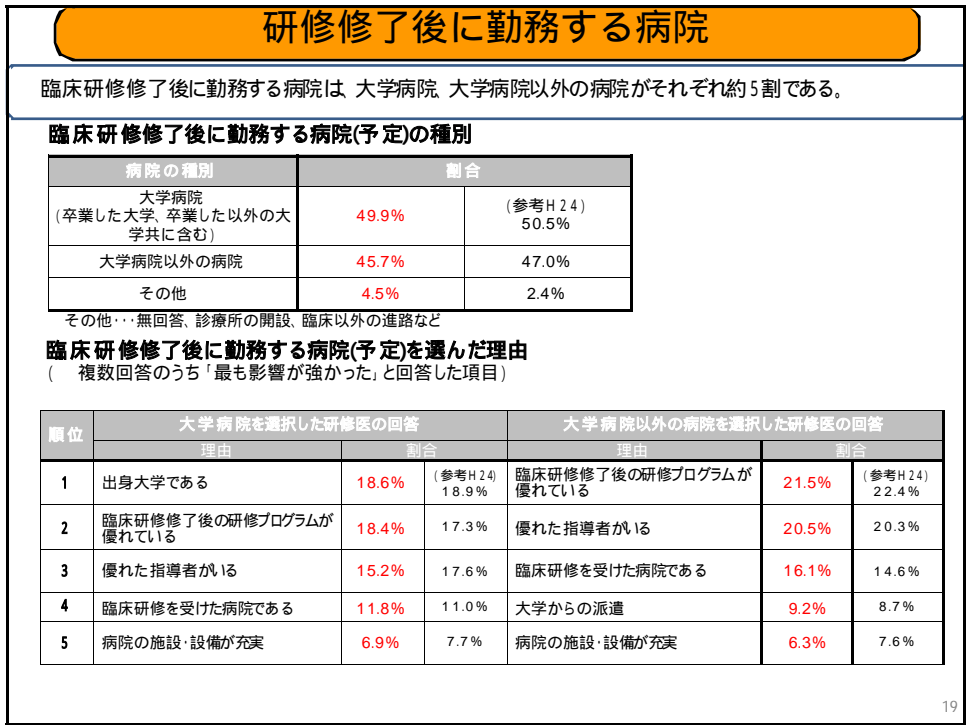


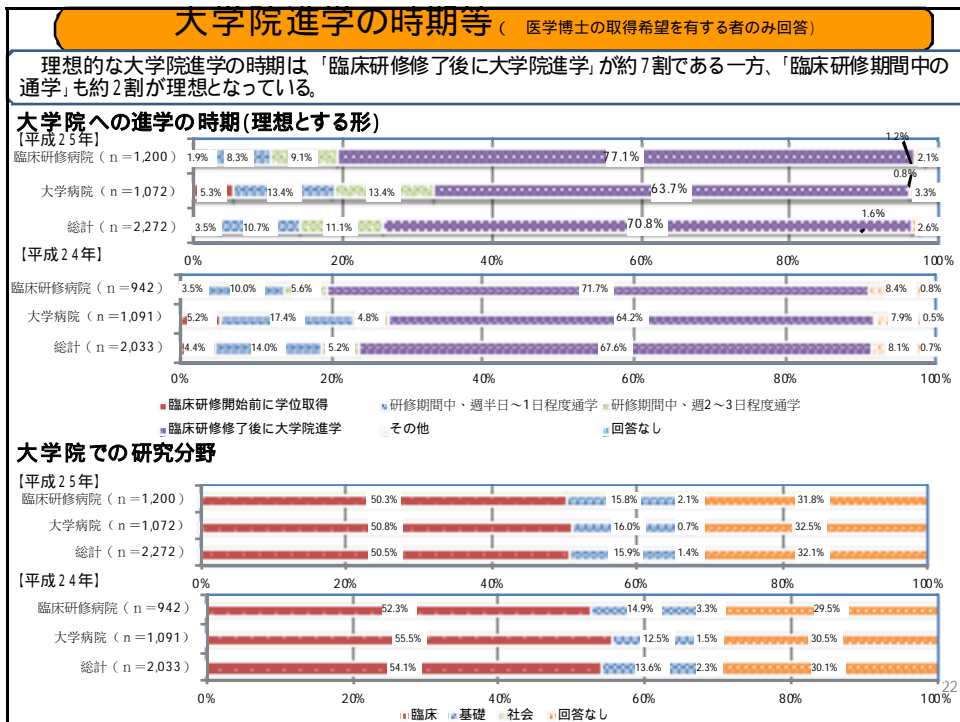
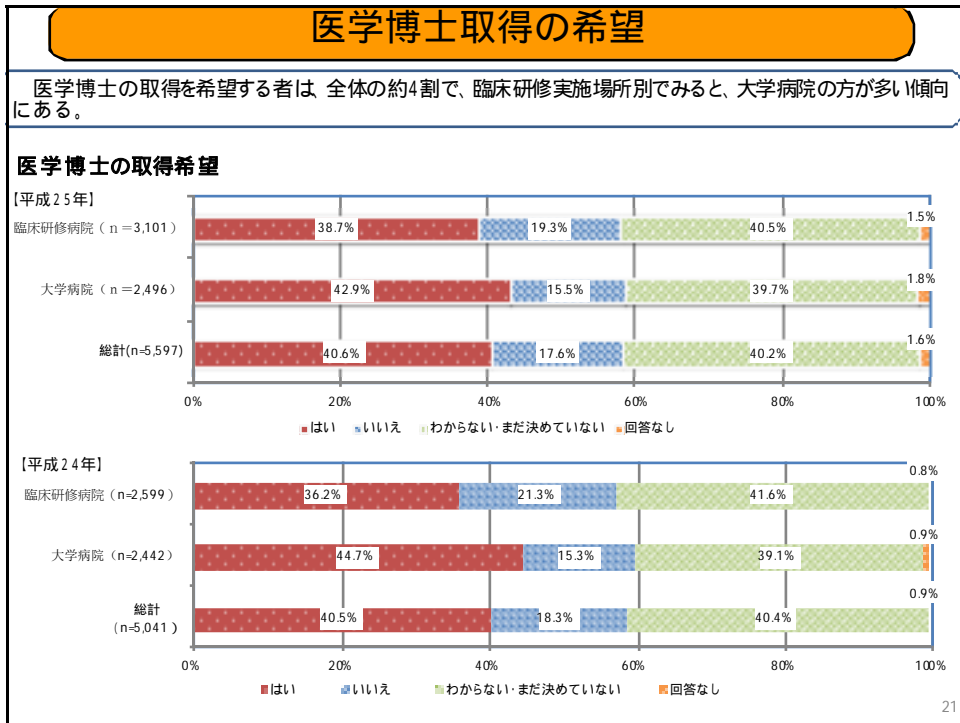






臨床研修終了後のキャリアパス等
について



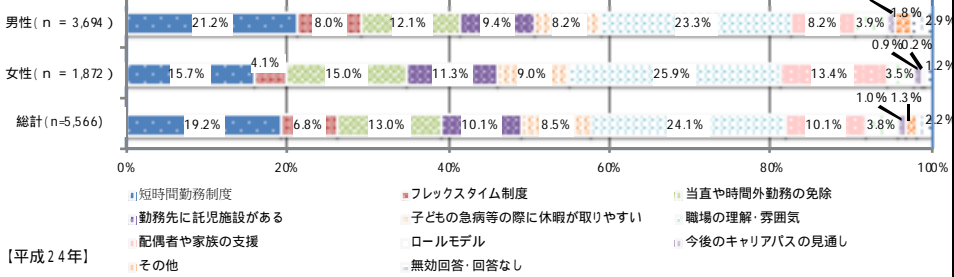


子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件

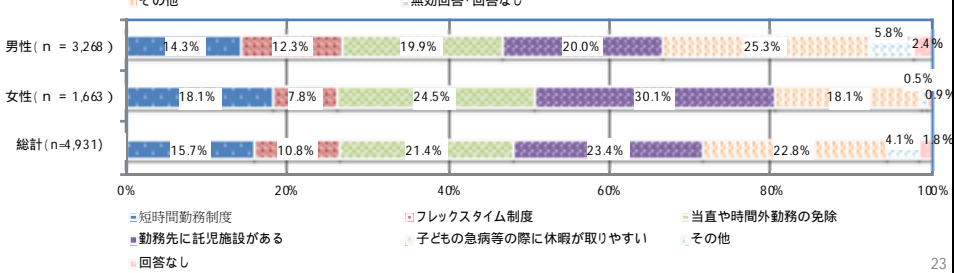
子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件は、「職場の理解・雰囲気」「短時間勤務制度」「当直や時間外勤務の免除」「勤務先に託児施設がある」「配偶者や家族の支援」の順に多い。

子育てをしながら勤務を続ける上で必要と考えられるもの（複数回答のうち「最も必要」と回答した項目）

【平成25年】



【平成24年】



指導医講習会に関するアンケート調査 ＜結果概要＞

調査目的

指導医は、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会（「指導医講習会」）を受講することとなり、指導医講習会は、指導医講習会の開催指針（平成16年医政局長通知）（末尾資料参考）を参考に各実施主体が開催しているところであるが、指導医講習会の更なる充実に向け、その実施状況や参加者の意見等を把握する。

調査手法

平成24年度中に実施された指導医講習会において、受講者に対しアンケート調査票を配布し、回収。

調査結果

<性別>

<回答者数> 4297名

(対象者数:5321名:回収率80%)

<医師免許取得後年数> 平均:16.1年

男性	女性	回答なし
3,594名(83.6%)	680名(15.8%)	23名(0.5%)

<診療科>

内科	1,382名(32.2%)	形成外科	71名(1.7%)	臨床検査科	7名(0.2%)
外科	587名(13.7%)	眼科	93名(2.2%)	救急科	105名(2.4%)
皮膚科	69名(1.6%)	耳鼻咽喉科	106名(2.5%)	総合診療	47名(1.1%)
小児科	318名(7.4%)	産婦人科	165名(3.8%)	地域医療	18名(0.4%)
精神科	200名(4.7%)	リハビリテーション科	33名(0.8%)	基礎医学	0名(0%)
泌尿器科	138名(3.2%)	放射線科	161名(3.7%)	その他	80名(1.9%)
脳神経外科	168名(3.9%)	麻酔科	195名(4.5%)	回答なし	46名(1.1%)
整形外科	238名(5.5%)	病理・病理診断科	50名(1.2%)	無効回答	20名(0.5%)

臨床研修指導医講習会の主催別内訳

主 催 者		修了者数	回収数
精神科七者懇		71	71
全自病・国診協		364	0
医師会		303	258
都道府県		422	238
四病院団体協議会		144	143
国立病院機構ブロック		136	103
公益法人		110	110
全日本民主医療機関連合会		43	42
全国社会保険協会連合会		37	37
国（厚生局）		39	38
全国保健所長会		0	0
TMR地域医療臨床研修研究センター		0	0
愛知県厚生農業協同組合連合会		51	51
特定非営利活動法人V H J 機構		49	49
地域医療振興協会		28	29
佐賀県臨床研修運営協議会		77	77
特定非営利活動法人MMC 卒後臨床研修センター		86	86
「臨床研修医を対象としたE B M普及支援のためのシステム開発に関する研究」班		0	0
日本プライマリケア学会		0	0
国（保健医療科学院）		0	0
その他		522	459
病院		19	19
医療法人		53	32
公的団体		91	31
財団法人		27	27
防衛医科大学校病院・国立病院機構病院		67	67
医療生協		32	32
その他		95	95
大学		1245	1091
単独		997	918
公立		213	171
計		5,321	4,274

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24年3月31日までの開催状況（医師臨床研修推進室確認分）
主催者不明の回答（23名）を除く。

受講テーマ・実施形態

指導医講習会の開催指針に基づく各テーマの受講状況をみると、受講が多いテーマは、「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」「研修医指導方法」等であった。

実施形態としてワークショップ形式が多いテーマは、「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」「研修医指導方法」「問題を抱えた研修医への対応」であった。

	実施形態 (人数(全体(N=4297)における割合)(複数回答))		
	講義形式	ワークショップ形式	受講していない
新たな臨床研修制度	3,512(81.7%)	580(13.5%)	363(8.4%)
プライマリ・ケアの基本的診療能力	1,260(29.3%)	1,574(36.6%)	1,419(33.0%)
医療の社会性	1,598(37.2%)	1,284(29.9%)	1,350(31.4%)
患者と医師との関係	1,150(26.8%)	2,242(52.2%)	1,011(23.5%)
医療面接	1,102(25.6%)	1,851(43.1%)	1,400(32.6%)
根拠に基づいた医療(EBM)	1,329(30.9%)	783(18.2%)	1,996(46.5%)
医療安全管理	1,240(28.9%)	1,755(40.8%)	1,377(32.0%)
地域保健・医療	1,400(32.6%)	1,192(27.7%)	1,508(35.1%)
指導医の在り方	1,941(45.2%)	3,384(78.8%)	100(2.3%)
研修プログラムの立案(研修目標・方略・評価の計画作成)	1,822(42.4%)	3,769(87.7%)	70(1.6%)
研修医、指導医及び研修プログラムの評価	1,606(37.4%)	3,582(83.4%)	191(4.4%)
研修医指導方法(フィードバック、コーチング等)	2,242(52.2%)	3,308(77.0%)	56(1.3%)
問題を抱えた研修医への対応(メンタルヘルス等)	1,724(40.1%)	2,479(57.7%)	635(14.8%)

理解度・有用性等		(N=4297)				
「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」「研修医指導方法」「問題を抱えた研修医への対応」を中心に、役に立つと回答した者が多い。 講習会全体について、「どちらかといえば/とても役に立つ」と回答した者は、86.2%である。						
	理解度(単数回答(無回答は除く))			有用性(単数回答(無回答は除く))		
	理解できなかった	まあまあ理解できた	大変よく理解できた	全く/あまり役に立たない	どちらともいえない	どちらかといえば/とても役に立つ
新たな臨床研修制度	352(8.2%)	2,275(52.9%)	1,112(25.9%)	199(4.7%)	707(16.5%)	2,849(66.3%)
プライマリケアの基本的診療能力	264(6.1%)	1,652(38.4%)	622(14.5%)	122(2.9%)	560(13.0%)	1,897(44.2%)
医療の社会性	232(5.4%)	1,698(39.5%)	642(14.9%)	110(2.6%)	620(14.4%)	1,885(43.9%)
患者と医師との関係	263(6.1%)	1,622(37.7%)	1,000(23.3%)	96(2.2%)	472(11.0%)	2,369(55.1%)
医療面接	265(6.2%)	1,438(33.5%)	822(19.1%)	103(2.4%)	485(11.3%)	1,979(46.1%)
根拠に基づいた医療(EBM)	280(6.5%)	1,231(28.6%)	504(11.7%)	120(2.8%)	474(11.0%)	1,440(33.5%)
医療安全管理	277(6.4%)	1,556(36.2%)	753(17.5%)	105(2.5%)	496(11.5%)	2,027(47.2%)
地域保健・医療	275(6.4%)	1,519(35.4%)	645(15.0%)	136(3.2%)	580(13.5%)	1,759(41.0%)
指導医の在り方	417(9.7%)	1,638(38.1%)	1,867(43.4%)	108(2.5%)	296(6.9%)	3,592(83.6%)
研修プログラムの立案 (研修目標・方針・評価の計画作成)	413(9.6%)	2,152(50.1%)	1,442(33.6%)	172(4.0%)	498(11.6%)	3,403(79.2%)
研修医、指導医及び研修プログラムの評価	395(9.2%)	2,034(47.3%)	1,392(32.4%)	139(3.3%)	419(9.8%)	3,346(77.9%)
研修医指導方法 (フィードバック、コーチング等)	445(10.4%)	1,784(41.5%)	1,779(41.4%)	112(2.6%)	280(6.5%)	3,695(86.0%)
問題を抱えた研修医への対応 (メンタルヘルス等)	412(9.6%)	1,825(42.5%)	1,168(27.2%)	145(3.4%)	484(11.3%)	2,844(66.2%)
講習会全体	357(8.3%)	2,279(53.0%)	1,349(31.4%)	123(2.8%)	271(6.3%)	3,704(86.2%)

実施形態と理解度・有用性との関係						
講習会全体について、「講義形式が主体」と回答した参加者は267名(全回答者の6.2%)であり、該当する開催主体は31大学等である。 実施形態別に理解度や有用性の評価をみると、講義形式に比較し、ワークショップ形式が主体の指導医講習会に参加した者において、理解度、有用性がやや高い傾向にある。						
実施形態() (人数)	理解度(無回答は除く)			有用性(無回答は除く)		
	理解できなかった	まあまあ理解できた	大変よく理解できた	全く/あまり役に立たない	どちらともいえない	どちらかといえば/とても役に立つ
ワークショップ形式主体 (1419)	113 8.0%	798 56.2%	457 32.2%	42 3.0%	100 7.0%	1249 88.0%
講義形式主体 (267)	46 17.2%	84 31.5%	67 25.1%	20 7.5%	22 8.2%	220 82.4%
()講習会全体の形式が、「ワークショップ形式」「講義形式」と回答した者について集計。						

講習会の必要性					
<p>研修医の指導に際し、研修プログラムの立案や教育技法に関する講習会について「必要」と回答した者が大部分であった。</p>					
<p>< 指導医として研修医を指導するにあたって、臨床研修における研修プログラムの立案や教育技法に関する講習会を受講する必要性について > (単数回答(N=4297))</p>					
はい	いいえ	わからない	無回答		
3,694名	95名	358名	150名		
86.6%	2.2%	8.4%	3.5%		
講習会全体の時間					
<p>指導医講習会の時間については、「やや長い」と回答した者が約半数であった。</p>					
<p>< 講習会全体の時間に対する印象 > (単数回答(N=4297))</p>					
長すぎる	やや長い	適当	やや短い	短すぎる	無回答
850名	2,130名	1,173名	107名	7名	30名
19.9%	49.9%	27.5%	2.5%	0.2%	0.7%

主な意見(自由記載)
<p>< 特に役に立った点 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・臨床研修の経緯、重要性がわかった。 ・指導医の役割、自覚が深まった。 ・具体的な教育方法(コーチング等)、評価方法、フィードバック方法 ・プログラムの立案(研修目標、方略、計画、評価等) ・研修医とのコミュニケーションの手法 等 <p>< 改善の余地がある点 ></p> <p>(内容について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医学教育の理念・手法に偏っており、すぐ現場で使える手法を教えてほしい。 ・耳慣れない用語(SEA、マイクロスキル等)が多く、解説や用語集など配慮して欲しい。 ・ワークショップを増やして欲しい。 ・内容が詰め込みすぎであり、簡素化しメリハリを付けて欲しい。 <p>(時間について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間が長い。連続した日程を確保するのが困難。時間をやや短くし、分割受講を可能とする等の柔軟性を持たせて欲しい。 等 <p>< その他 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・指導医としての能力維持のため、指導医の更新も必要であり、例えば一定期間毎に指導医講習会を受講することを要件としてはどうか。 ・臨床研修制度や指導医に関する考え方について、世代や臨床研修の経験の有無等により大きく異なり、臨床研修制度自体の経緯や指導体制の重要性について、周知する必要。 等

【参考】指導医講習会 開催指針

厚生労働省より、「指導医講習会」開催者が参考とすべき形式、内容等を以下の通り定めている。
(平成16年3月 医政局長通知)

【概要】

< 開催期間 >

原則2泊3日以上で開催され、実質的な講習時間の合計は、16時間以上であること。
開催期間が1泊2日である場合においても、実質的な講習時間の合計は、16時間以上であること。

< 形式 >

いわゆるワークショップ(参加者主体の体験型研修)形式で実施され、以下の要件を満たすこと。

- ・指導医講習会の目標を明示
- ・一回当たりの参加者数が50名以内
- ・参加者が6名 - 10名のグループに分かれて行う討議・発表を重視
- ・参加者間のコミュニケーションの確保に配慮
- ・参加者が能動的・主体的に参加するプログラム 等

< テーマ >

次に掲げる項目のいくつかがテーマとして含まれていること。

- 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 (研修目標、研修方略及び研修評価の実施計画の作成)**
- 研修医、指導医及び研修プログラムの評価**
- その他臨床研修に必要な事項**

【参考】指導医講習会進行表(例)

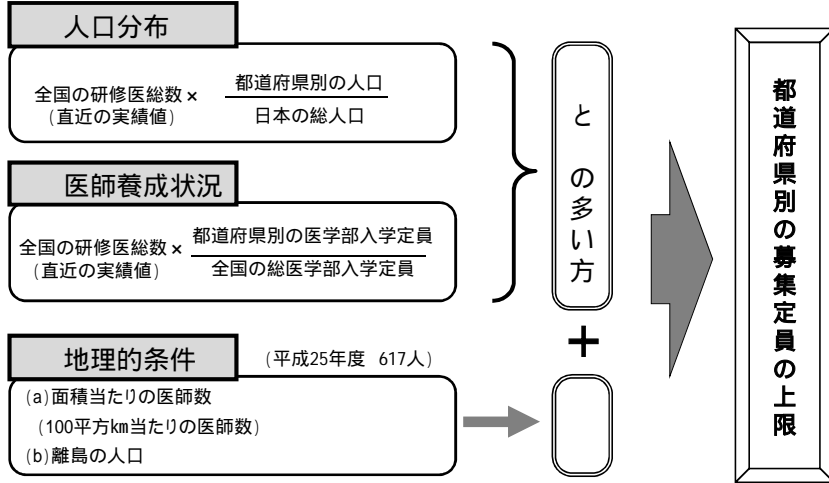
SGD: Small Group Discussion グループ討議 PLS: Plenary Session 全体セッション(発表) D: Director 講習会主催責任者 TF: Task Force 講習会世話人

第2日 月 日(曜日)

時刻	時間	事項(テーマ)	内容	方法	担当	備考・資料
8:30 - 8:35	5	第1日を振り返って	説明	PLS		
8:35 - 9:35	60	EBM	講演、質疑応答等	PLS		EBM関連資料
9:35 - 9:45	10	研修指導医の在り方・役割	ビデオ視聴 グループ作業	PLS	TF	
9:45 - 10:45	60			SGD		
10:45 - 10:55	10	休憩				
10:55 - 11:45	50	研修指導医の在り方・役割 (続き)	全体発表(ロールプレイ)	PLS		(発表4分+討論4分)×6グループ=48分
11:45 - 12:15	30	医療安全管理	講演、質疑応答等	PLS		
12:15 - 13:15	60	昼食				
13:15 - 13:30	15	研修方略の作成(研修目標 の修正を含む。)	説明 グループ討議 全体発表	PLS	TF	(発表4分+討論4分) ×6グループ=48分
13:30 - 15:10	100			SGD		
15:10 - 16:00	50			PLS		
16:00 - 16:10	10	休憩				
16:10 - 16:15	5	対応に困った研修医への対応	説明 グループ作業 全体発表	PLS	TF	発表2分×6グループ+まとめて討論18分
16:15 - 16:55	40			SGD		
16:55 - 17:25	30			PLS		
17:25 - 17:45	20	研修評価の実施計画の作成	説明 グループ作業	PLS	TF	
17:45 - 19:10	85			SGD		
19:10 - 19:20	10	第3日へのつながり 第2日の評価	説明、質疑応答等	PLS PLS	TF	
19:20 - 20:00	40	夕食				
20:00 - 21:00	60	総合情報交換会		PLS		

都道府県別募集定員の上限について(現行)

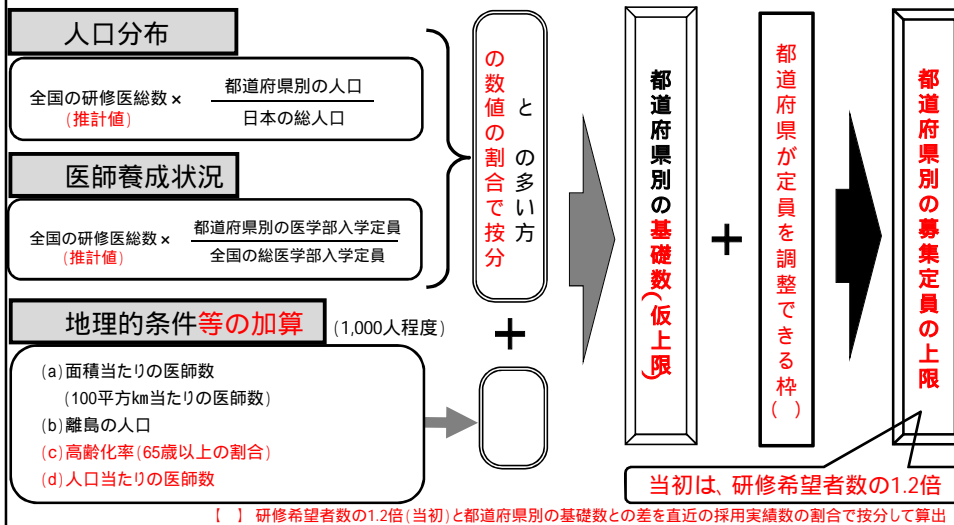
全国の研修医総数を「都道府県別の人口により按分した数」と「都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方に、「地理的条件を勘案した数」を加えたもの



【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年度に研修を開始する研修医の募集まで)

都道府県別募集定員の上限について(見直し案)

全国の研修医総数を「都道府県別の人口により按分した数」と「都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方の数値の割合で按分し、「地理的条件等を勘案した数」を加えたものを基礎数とし、さらに都道府県調整枠を加えたもの



【 】 研修希望者数の1.2倍(当初)と都道府県別の基礎数との差を直近の採用実績数の割合で按分して算出