

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会
報告書（素案）

－医師臨床研修制度の見直しについて－

平成 30 年〇月〇日

目次

はじめに	1
1 卒前卒後の一貫した医師養成について	1
2 到達目標・方略・評価について	2
(1) 臨床研修の到達目標	3
(2) 方略	4
(3) 評価	5
3 臨床研修病院の在り方について	7
(1) 必要な症例	7
(2) 指導・管理体制	8
4 地域医療の安定的確保について	9
(1) 募集定員の設定	9
(2) 地域枠への対応	10
(3) 都道府県の役割	11
おわりに	11
別添 1：医道審議会医師分科会医師臨床研修部会委員名簿	12
別添 2：医師臨床研修部会 審議経過	13
別添 3：臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ 委員名簿	14
別添 4：臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ 審議経過	15

はじめに

- 現在の医師臨床研修制度は、平成 12 年の医師法の一部改正により平成 16 年度から導入され、「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない（厚生労働省令）」との基本理念の下、従来の努力義務から必修化する形で開始された。
- 平成 21 年には、必修化後の状況におけ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（以下「基幹型病院」という。）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。
- 平成 25 年には、研修希望者に対する募集定員の倍率の縮小、都道府県が上限の範囲内で各病院の募集定員を調整できる枠の追加等が行われ、平成 27 年度研修から適用されており、まもなく必修化後 15 年になろうとしている。
- 平成 32 年度研修からの適用を見込んでいる今回の制度の見直しについては、前回の制度見直しにおいて、その施行後 5 年以内に見直しを行うこととなっていたこと等を踏まえ、臨床研修の実施状況や診療能力の修得状況等を把握し、到達目標や評価の在り方についての検討をすることを目的として設置された「医師臨床研修制度の到達目標・評価に関するワーキンググループ」及び医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、関係者からのヒアリング、研修医に対するアンケート調査等を参考に議論を重ね、取りまとめたところである。

1 卒前卒後の一貫した医師養成について

- 医師の養成については、文部科学省が医学教育モデル・コア・カリキュラムを定めている卒前の医学教育と、厚生労働省が研修の到達目標を定めている臨床研修、日本専門医機構が準備を進めている専門医制度などの一連の医師養成課程において、教育内容や医師として目指す姿が整合していくことや、総合的な診療能力が修得されることが重要である。
- 一方、これまで、医学部における共用試験、国家試験、臨床研修、専門研修及び生涯教育等については、検討する実施主体や改訂年度が異なっており、整合的な医師養成の

仕組みの構築について十分な議論がされてこなかったといった指摘がある。そのため、質の高い卒前の臨床実習および卒後の臨床研修の実現に向けた、シームレスな医師養成を更に推進していくために、臨床研修制度のあり方については、卒前教育や、新専門医制度の動向を踏まえ、卒前と卒後の医師養成課程が整合的なものとなるよう検討していく必要がある。

- したがって、臨床研修制度のあり方については、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、卒前教育における診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）の充実や大学間の取組内容の標準化等の状況、新専門医制度の状況を踏まえつつ、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との整合性・連続性の観点から、総合的に検討を続けていくべきである。
- これらを踏まえ、今回の臨床研修制度の見直しにおいては、幅広い診療能力を身に付けた医師の養成に向けて、臨床研修の到達目標・方略・評価については、医学教育モデル・コア・カリキュラム等と整合的なものとなるように検討すべきである。加えて、今後の検討においても、卒前・卒後の整合的な医師養成の構築について十分な議論を行うために、臨床研修制度について、医学部の共用試験、医学部モデル・コア・カリキュラム、国家試験と同時期に検討を行う等、必要な対応を行うべきである。

2 到達目標・方略・評価について

- 平成 25 年 12 月にとりまとめられた医師臨床研修部会報告書においては、臨床研修の到達目標について、次の点が指摘されている。
 - ① 急速な高齢化等による人口動態や疾病構造の変化、卒前教育や新たな専門医の仕組み等の医師養成全体の動向等に配慮すべきである。
 - ② 入院医療から外来医療への移行をはじめとした医療提供体制の変化等について、適切に踏まえるべきである。
 - ③ 「経験すべき症状・病態・疾患」等については、当該項目を「経験する」ことが基本となっているが、診療能力の評価をさらに重視すべきである。
 - ④ 項目が細分化されており、何らかの簡素化が必要である。
- また、現行の臨床研修の到達目標は、行動目標と経験目標から構成されているが、その内容について必ずしも目標、方略、評価に分けられていないといった指摘がある。また、経験目標の一部については、単に当該項目を「経験する」のではなく、診療能力の評価をさらに重視すべきであるとの指摘や、評価方法の標準化が必要である等の指摘を踏まえ、新たな臨床研修の到達目標については、「目標」とそれを達成するための「方

略」、及びその「評価」に分けて整理を行う。

(1) 臨床研修の到達目標

- 医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けていなくてはならない。そのため、医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得することを到達目標の基本方針とする。
- 上記を踏まえ、新たな到達目標は、「医師としての基本的な価値観（プロフェッショナルリズム）」、医師として到達すべき「資質・能力」、および、医師としての「基本的診療業務」を主たる構成要素とする。その上で、臨床研修の基本理念¹を踏まえ、具体的な項目としては、臨床研修修了後にどの専門領域に進んでも必要となる医師としての能力とする。また、①で指摘があるとおり、医師養成全体の動向に配慮して、各養成課程との連続性を考慮する必要があることから、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム等との連続性を考慮した臨床研修修了時に求められる修得の程度を、標準化した研修評価票に示す。
- 到達目標の項目の設定に当たっては、①で指摘のある人口動態や疾病構造の変化、②で指摘のある医療提供体制の変化に関連し、これまで、例えば、医療の社会性に係る項目（医療保険、公費負担医療の理解等）、地域医療に係る項目（在宅医療、介護、地域包括ケア等）、予防医療に係る項目、外来診療に係る項目等について充実する。さらに、近年の政策の動きや最新の知見、例えば、最近取りまとめられた薬剤耐性菌（AMR）アクションプランや、検討がなされているゲノム医療等についても、それらの事項が包含された項目の到達目標への組み込みを行う。
- 現行の到達目標にて経験目標の一部とされている「経験すべき診察法・検査・手技」については、④の指摘を踏まえ、診療能力を評価する際の評価の枠組みに組み込む。
- 「基本的診療業務」については、臨床研修修了時に医師としての一般的な診療ができることを担保するため、一般外来診療、病棟診療、初期救急対応、地域医療の各項目において、コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、単独で診療ができることを目標とする。

¹ 臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

(2) 方略

(2-1) 経験すべき症候と経験すべき疾病

- 現行の到達目標にて経験目標の一部とされている「経験すべき症状・病態・疾患」については、④の指摘を踏まえ、簡素化の観点から必要な項目を検討し、臨床研修医が到達すべき能力を修得するための方略として位置づける。その際には、臨床推論の能力の修得、症候からの診断的アプローチに重点をおくことが重要であることや、頻度の高い疾病や緊急を要する疾病の診療能力を修得する観点から、「経験すべき症候」と「経験すべき疾病・病態」として整理する。
- 「経験すべき症候」と「経験すべき疾病・病態」の項目については、②の指摘や④の指摘、臨床研修医にとっては臨床推論の能力の修得が特に重要であるとの指摘を踏まえ、現在のA疾患（入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出）、B疾患（外来診療又は受け持ち入院患者（合併症含む。）で自ら経験）の分類については廃止し、新たな「経験すべき症候」と「経験すべき疾病・病態」については、項目を簡素化するとともに、すべて経験することとする。
- 現状、「経験すべき症状・病態・疾患」について提出することとされているレポートについては、日常業務において作成する病歴要約等で確認を行うことし、その質を確保するため、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療方針、教育）、考察等を含むこととする。

(2-2) 臨床研修を行う分野・診療科（必修診療科等）

- 臨床研修を行う分野・診療科については、平成 22 年度の臨床研修制度の見直しにおいて、将来のキャリア等に関わらず多くの診療科での短期間の研修が一律に行われることで、専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続の妨げとなる場合があることから、研修医の将来のキャリア等への円滑な接続が図られ、各病院の個性や工夫を活かした特色ある研修が可能となるよう、研修プログラムの弾力化²が行われた。
- 一方、外科や小児科、産婦人科、精神科を含む複数の診療科をローテートすることで、研修医の基本的な診療能力に一定の向上が見られたことや、新たな到達目標において、診療技能と患者ケア、チーム医療の実践、コミュニケーション能力等が含まれること、新たな経験すべき症候・疾病において、成長発達の障害、妊娠・出産、統合失調症等、

² 必修の診療科は内科（6か月以上）、救急（3か月以上）とし、内科、救急以外で従来必修とされた科目（外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科）は新たに選択必修と位置づけ、この中から各研修医が2診療科を選択することとした。

幅広い分野の項目が含まれること等を踏まえ、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ために、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。また、②の指摘や、診断のついていない症例に対して臨床推論を的確に行う能力の重要性、外来での研修を充実すべきとの意見を踏まえ、一般外来における研修を方略に位置づける。

その際、研修医の将来のキャリア等への円滑な接続が妨げられないよう、選択研修については十分な期間を取ることにする。

- 現行の到達目標にて経験目標の一部とされている「特定の医療現場の経験」についても、臨床研修を行う分野との整理を行った上で、必要な事項を方略として位置づける。また、従来、「地域保健」とされていた選択研修については、地域医療との混同を防ぎ、その趣旨を明確化するため、「保健・医療行政」とし、国際機関、行政機関、矯正施設、産業保健等での研修も可能であることを明確化する。

(2-3) 研修期間

- 「研修期間」については、臨床研修の基本理念や、到達目標の達成、必修診療科の見直し等を踏まえれば、引き続き現行の2年以上で差し支えないと考えられる。
- 基幹型病院の在り方については、平成25年12月にとりまとめられた臨床研修部会報告書において、「到達目標の多くの部分を研修可能な環境と研修医及び研修プログラムについての全体的な管理・責任を有する病院であるべきである」とされており、現状では、基幹型病院での研修期間については、地域医療との関係等に配慮しつつ、「8月以上」とした上で、全体の研修期間の半分以上に該当する「1年以上」を目指すことが望ましいとされている。

一方、現在1年未満の研修を行っている基幹型病院は6%に過ぎないことも踏まえ、協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、原則として、1年以上は基幹型病院で研修を行うこととする。ただし、地域医療や保健・医療行政は原則として基幹型病院で行わないことや、一定期間のみ基幹型相当の協力型臨床研修病院において研修を行った場合などは、必ずしも基幹型病院の役割を果たしていないとはいえないことから、これらの期間は12週を上限として、基幹型病院で研修を行ったものとみなす等の配慮が必要と考えられる。ただし、この場合でも基幹型病院での研修期間は、共同して臨床研修を行うそれぞれの協力型臨床研修病院での研修期間を超えるものとする。

(3) 評価

- 平成25年12月にとりまとめられた臨床研修部会報告書においては、臨床研修の到達

目標について、以下の点が指摘されている。

- ・ 各臨床研修病院において採用している臨床研修医の評価方法は様々であるため、何らかの標準化が必要である。
- ・ 明確な評価基準がないため、「十分できる」等の評価であっても、実際にはその程度には大きなばらつきがある。
- ・ 適切な評価方法としては、目標によって異なり、例えば、実際の診療現場の観察を通じた評価や他職種からの評価（360度評価）等が挙げられる。また、研修を通して学習成果や振り返り等を蓄積するポートフォリオによる評価を導入している病院もある。
- ・ 評価方法の標準化については、評価の重要な部分を全国的に揃えることによって、研修の質の保証やデータの収集に役立つのではないかとの指摘がある。
- ・ 一方、大学病院・臨床研修病院の規模や特色等、個々の実情を考慮し、全国において実施可能な評価方法となるよう配慮すべきであるとの意見がある。

（3-1）研修評価票

- これらの指摘・意見を踏まえ、臨床研修の到達目標の項目毎に、臨床研修医に求められる修得の程度を示すとともに、評価方法を提示し、標準化を行う。具体的には、各分野・診療科のローテーション終了時に、医師および医師以外の医療従事者が、国が示す研修評価票を用いて、到達目標の達成度を評価し、研修管理委員会で保管する。医師は各評価票について、必ず評価を行うこととする。

（3-2）研修評価方法

- 到達目標の達成度については、少なくとも年2回、プログラム責任者・研修管理委員会委員による形成的評価（フィードバック）を行う。2年間の研修修了時に、研修管理委員会において臨床研修の目標の達成度判定票を用いて、到達目標達成の可否について評価する。原則として、修了判定については、すべての到達目標について達成していることが必要であるが、身体障害により達成が困難な項目がある等のやむを得ない理由がある場合には、総合的に判断して修了判定を行うべきである。
- 総括的評価としての修了判定については、現在、研修実施期間の評価、臨床研修の目標の達成度の評価、および臨床医としての適性の評価の3点で行うこととされており、このうち、臨床研修の目標の達成度の評価については、上記の評価票を用いて行うこととする。
- なお、これらの評価については、可能な限り電子媒体にてインターネットを活用して実施するシステム化を図るべきである。

以上の考え方を踏まえて、取りまとめられた新たな到達目標・方略・評価は、別添のとおりである。

3 臨床研修病院の在り方について

(1) 必要な症例

- 平成 25 年 12 月にとりまとめられた臨床研修部会報告書においては、臨床研修の到達目標について、以下の点が指摘されている。
 - ・ 到達目標の達成に向け必要な症例を確保するため、症例数について何らかの基準は必要であると考えられるが、「年間入院患者数 3,000 人以上」の要件が絶対的な基準であるとはいい難いとの指摘がある。
 - ・ 現在、研修医を受け入れている研修病院に対する訪問調査の結果をみると、年間入院患者数 3,000 人未満の病院であっても適切な研修が行われている場合があること等から、入院患者数のみで評価するのではなく、訪問調査による評価等も必要であるとの指摘もある。
 - ・ 年間入院患者数が 3,000 人以上の研修病院であっても、研修の質の確保の観点から、指導・管理体制等については、適切に評価されるべきであるとの指摘がある。

- これらの点を踏まえ、当面、「年間入院患者数 3,000 人以上」の要件は維持しつつ、当該基準に満たない研修病院についても、良質な研修が見込める場合には、訪問調査により評価する等の対応が考えられる、との結論とされた。また、当該基準に満たない病院の新規指定の申請については、到達目標の大部分は研修が可能であり、年間入院患者 3,000 人をあまりに下回らない等、良質な研修が見込める場合に、訪問調査により評価することが望ましい、とされた。

- 訪問調査においては、書類等による確認、研修医へのインタビュー等を行い、「研修を行うのに十分な症例や研修にふさわしい環境が整備されているか」等の 5 項目について、臨床研修病院として適当であるか否かという視点から調査を実施しているが、これまでに実施された 2 回目以降の訪問調査結果を見ると、特に臨床研修病院の指導・管理体制に関する事項について、悪化や変化なしとなる項目が 5 割を超える状況となっている。

- このため、訪問調査の対象となる基幹型病院における研修の質の向上を図るため、基幹型病院の訪問調査に係る指定取消等について、以下の見直しを行う。

- ・ 現状、総合評価において三段階（A、B、C）となっている評価を四段階（A、B＋、B－、C）とし、B－と評価された病院については次回の調査において、続けてB－と評価された場合、原則、指定取消の対象とする。
- ・ 訪問調査時に調査の対象となる項目を常時公表する。
- ・ 医師臨床研修部会で訪問調査結果に対する意見を聴取し、その結果を基幹型病院にフィードバックする。

（２）指導・管理体制

- 現在、基幹型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。
- プログラム責任者の要件としては、7年以上の臨床経験を有すること、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）を受講していること等となっており、また、研修プログラムの実施を管理し、適切な指導体制の確保に資するための講習会（プログラム責任者養成講習会）を受講していることが望ましい、とされている。
- 平成25年12月にとりまとめられた臨床研修部会報告書においては、プログラム責任者について、プログラム責任者養成講習会の受講を促進し、将来的に受講を必須の方向とする等、その育成を強化すべきとされており、また、プログラム責任者アンケートによると、
 - ・ 実際にプログラム責任者の約9割が同講習会を受講していること。
 - ・ 同講習会の効果として、医師臨床研修制度について理解が進んだ等の回答が多いこと。
 - ・ 同講習会を受講していない理由として、指定基準では受講が義務ではないことが一定割合挙げられていること。
 が認められるため、円滑かつ効果的な臨床研修を推進する等の観点から、経過措置を講じた上で、同講習会の受講を必須とする。
- 経過措置については、平成31年度以前にプログラム責任者となった者については、3年間は同講習会を受講していなくても差し支えない旨の措置を講じることとする。
- また、プログラム責任者養成講習会については、さらなる質の向上を図る観点から、よりきめ細かい開催指針等を定めることとする。この際、開催場所、開催頻度、講習内容等について検討を加えることとする。

- 2（3）の評価については、今回、新たに行われるものであることから、円滑に評価が実施されるように、平成32年度までの間に、国立保健医療科学院のホームページ上に公開されている「新医師臨床研修制度における指導ガイドライン」を見直すとともに、評価を行う指導医等に対して講習会等が行われることが望ましい。

4 地域医療の安定的確保について

（1）募集定員の設定

- 臨床研修病院の募集定員については、
 - ・人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い大都市圏の都府県がある一方、医師数が少なく研修医採用率も少ない県がある。
 - ・募集定員倍率を平成32年以降も1.1倍に維持した場合、大都市圏の都府県とそれ以外の道県の採用実績の割合はほぼ横ばいの見込みである。
 - ・一方、定員倍率の極端な圧縮は、①採用実績数の減少、②病院間の競争の低下、③アンマッチ率の増加、を引き起こす懸念がある。という状況が見られる。
- 平成37年度に募集定員倍率を1.05倍にした場合の推計においても、前年度採用者数の保障を行うこととすれば、全都道府県で、募集定員上限が平成29年度の採用実績を上回るよう設定される。
- これらを踏まえて、地域医療の確保の観点から臨床研修医の都市部への集中を更に抑制していくために、前年度採用者数の保障を行った上で、臨床研修病院の募集定員を平成37年度に1.05倍となるよう更に圧縮させることとする。
- また、都道府県別の募集定員上限の計算式について、医学部入学定員で按分している都府県では、人口分布で按分した場合の定員に比べて必要以上の定員増となることがあり、その結果、募集定員上限よりも実際の募集定員を削減させている県や、研修医の採用率が低い県がある。
- このため、都道府県別の募集定員上限の計算式について、
 - ・医学部入学定員による募集定員の算定に当たっては一定の上限を設けること
 - ・医師が少ない地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させることとし、全体的として、大都市圏の都府県の募集定員を圧縮し、それ以外の道県の募集定員を確保することとする。

(2) 地域枠への対応

- 研修医に対するアンケートの結果を見ると、出身地や大学所在地と異なる都道府県で臨床研修を行うと、出身地や大学所在地への定着率が大きく低下する傾向が見られる。
- また、現行では地域枠学生も、一般枠学生と同様、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ため、現行のマッチングの仕組みでは、地域枠の医師が、診療義務が課せられた地域で勤務できない可能性がある。
- なお、自治医科大学と防衛医科大学校の学生は、マッチングに参加せず、研修を行う病院を個別に調整して決定している。
- このような状況を踏まえ、研修医が、臨床研修修了後に出身地や出身大学の都道府県に定着することを促し、地域枠の医師が診療義務が課せられた地域で適切に勤務できるよう、地域枠の医師や地元出身者等に対する臨床研修の選考については、地域枠の一定割合を上限としつつ、一般のマッチングとは分けて実施することとする。
- なお、この場合、臨床研修病院毎の選考枠については、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で個別に判断する。
- また、地域枠だけを特別扱いすると適正な競争が行われななどの意見があったことから、当面、上記の一般のマッチングとは分けて実施する選考の都道府県ごとの募集定員の合計は、当該都道府県において臨床研修期間中に従事要件が課されている者の2割以内とするとともに、当該選考は地域医療を12週以上行うなど地域医療に従事することを重視する研修医を対象としたプログラムを設ける病院のみで行うこととし、当該病院ごとの当該選考の募集定員は病院全体の募集定員の2割又は5名の少ない方以下とする。
- アンマッチとなるかどうかについては、希望順位登録の方法が大きく影響すると考えられるので、医師臨床研修マッチングの参加者に対して、希望順位登録の方法の改善を促すこととする。
- 地域枠の学生について、地域医療への従事要件等が課されているにもかかわらず、従事要件等に反している例があるのではないかと指摘があった。基本的には、従事要件等を遵守することが医師には求められるものであり、地域枠の学生が従事要件等に違反

することに、少なくとも臨床研修病院が加担することがないよう、適切な対応を求めるべき。

(3) 都道府県の役割

- 地域の医療提供体制の確保に大きな影響を及ぼす臨床研修病院の指定・募集定員設定に対し、地域医療に責任を有する都道府県の関与が限定的である。
- 地域の病院の研修体制の構築状況や医師の勤務状況、医師養成体制と地域定着の関係等の実情については、都道府県がより実態を把握している。
- 具体的には、現行では、国が主に過去の受入実績等による設定を行っているため、地域の必要数と募集定員数にかい離がある場合があり、地域の実情をより把握している都道府県が必要数に応じた募集定員を設定することで、地域で必要なマッチ者数を確保することが可能になると考えられる。
- このため、都道府県が管内の臨床研修病院の指定・募集定員設定に主体的に関わり、格差是正を進めていくために、国が一定の基準等を示した上で、地域医療対策協議会の意見を聴き、大学病院を含めた臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県が行うといった仕組みを構築すべきである。

おわりに

- 今後、本報告書をもとに、制度の一層の向上が図られることを期待したい。
- あわせて、引き続き、臨床研修制度の在り方については、基本理念に照らし、関係の状況を十分に踏まえつつ、必要な検討を行っていく必要があり、今回の制度見直しの施行後5年以内に所要の見直しを行うことが求められる。
- 検討に際しては、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との連続性の観点を十分に考慮すべきである。

(別添1)

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会委員名簿

氏名	所属・役職
あいはら 相原 道子	横浜市立大学附属病院長
あらい 新井 はじめ 一	順天堂大学学長
おかむら 岡村 よしたか 吉隆	和歌山県立医科大学理事長・学長
かねまる 金丸 よしまさ 吉昌	美郷町地域包括医療局総院長
かんの 神野 まさひろ 正博	社会医療法人財団董仙会理事長
○ きりの 桐野 たかあき 高明	東京大学名誉教授
こうの 河野 よういち 陽一	独立行政法人労働者健康福祉機構千葉労災病院長
しみず 清水 たかこ 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院顧問
なかしま 中島 とよじ 豊爾	岡山県精神科医療センター理事長
はとり 羽鳥 ゆたか 裕	公益社団法人日本医師会常任理事

○印は部会長

(五十音順)

医師臨床研修部会 審議経過

平成 26 年 11 月 5 日

- 臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループについて

平成 27 年 12 月 24 日

- 医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループでの検討状況について

平成 28 年 11 月 24 日

- 医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWGからの中間報告

平成 29 年 2 月 15 日

- 医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWGからの中間報告

平成 29 年 3 月 23 日

- 医師臨床研修制度の新たな到達目標について

平成 29 年 9 月 27 日

- 地域における医師の確保・定着を進めるための臨床研修の在り方について
- 医師臨床研修制度の新たな到達目標・方略・評価について

平成 29 年 11 月 15 日

- 地域における医師の確保・定着を進めるための方策について
- 臨床研修病院の指定基準の見直しについて
- 医師臨床研修制度の新たな到達目標・方略・評価について

平成 30 年 1 月 25 日

- 臨床研修の中断・未修了について
- 医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループからの報告
- 医師臨床研修部会報告書（素案）について

(別添3)

臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ委員名簿

氏名	所属・役職
いの 伊野 美幸	聖マリアンナ医科大学医学部医学教育文化部門教授
おおたき 大滝 純司	北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター教授
かたおか 片岡 仁美	岡山大学大学院医歯薬総合研究科地域医療人材育成講座教授
かねまる 金丸 吉昌	美郷町地域包括医療局総院長
かんの 神野 正博	社会医療法人財団董仙会理事長
しみず 清水 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院顧問
たかはし 高橋 弘明	岩手県立中央病院医療研修部長
たなか 田中 雄二郎	全国医学部長病院長会議 卒後臨床研修検討WG委員 東京医科歯科大学理事
なかしま 中島 豊爾	岡山県精神科医療センター理事長
はとり 羽鳥 裕	公益社団法人日本医師会常任理事
ばん 伴 信太郎	愛知医科大学医学教育センター長
○ふくい 福井 次矢	聖路加国際病院長
ふるや 古谷 のぶゆき 伸之	東京慈恵会医科大学内科准教授
まえの 前野 てつひろ 哲博	筑波大学医学医療系臨床医学域教授

○印は座長

(五十音順)

臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ 審議経過

平成26年8月20日

- 到達目標・評価の在り方に関する論点について

平成27年2月13日

- 到達目標とその評価に関する研究の中間報告について
- 臨床研修修了者アンケート調査について

平成27年7月2日

- 到達目標とその評価に関する研究の報告について

平成27年8月19日

- 関係団体等からのヒアリング
 - ・日本内科学会 認定医制度審議会前会長（現顧問） 渡辺 毅 氏
 - ・日本救急医学会 教育・研修統括委員会委員長 森村 尚登 氏
 - ・日本外科学会 理事長 國土 典宏 氏
 - ・日本麻酔科学会 副理事長・教育委員長 稲田 英一 氏

平成27年9月10日

- 関係団体等からのヒアリング
 - ・日本小児科学会 生涯教育・専門医育成委員会委員長 鈴木 康之 氏
 - ・日本産科婦人科学会 理事長 藤井 知行 氏
 - ・精神科七者懇談会 精神科卒後研修問題委員会委員長 小島 卓也 氏
 - 精神科卒後研修問題委員会委員 米田 博 氏

平成27年10月14日

- 関係団体等からのヒアリング
 - ・日本専門医機構 理事長 池田 康夫 氏
 - ・日本医師会 常任理事 小森 貴 氏
 - ・卒後臨床研修評価機構 専務理事 岩崎 榮 氏

平成 27 年 10 月 28 日

○関係団体等からのヒアリング

- ・四病院団体協議会（全日本病院協会 副会長） 神野 正博 氏
- ・全国医学部長病院長会議（東京医科歯科大学理事） 田中 雄二郎 氏
- ・研修医に対する教育と評価の取組等について

聖マリアンナ医科大学臨床研修病院群における取組
東京慈恵会医科大学附属柏病院における取組

平成 27 年 12 月 2 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 28 年 2 月 19 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 28 年 4 月 28 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 28 年 9 月 7 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 28 年 12 月 14 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 29 年 2 月 22 日

※文部科学省モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会との合同開催

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 29 年 6 月 26 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 29 年 9 月 21 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 29 年 10 月 25 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について

平成 29 年 12 月 7 日

○医師臨床研修制度の新たな到達目標・評価の在り方について