

参考資料(案)

医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ 論点骨子(案)

※ 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	14
1) 研修プログラム	18
2) 必要な症例	19
3) 指導・管理体制	30
4) 募集定員の設定	31
5) 研修医の処遇の確保	40
6) その他	47
3. 中断及び再開、修了	79
4. その他	88
5. 別添1(研修医アンケート(修得状況と経験症例数))	
6. 別添2(指導医・患者・研修医アンケート)	
7. 別添3(病院アンケート)	
8. 別添4(研修医アンケート)	
9. 別添5(研修医アンケート【追加】)	

まとめ-1/2

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

2

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。

3

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究(中間報告)

第7回田中委員提出資料

行動目標 達成率

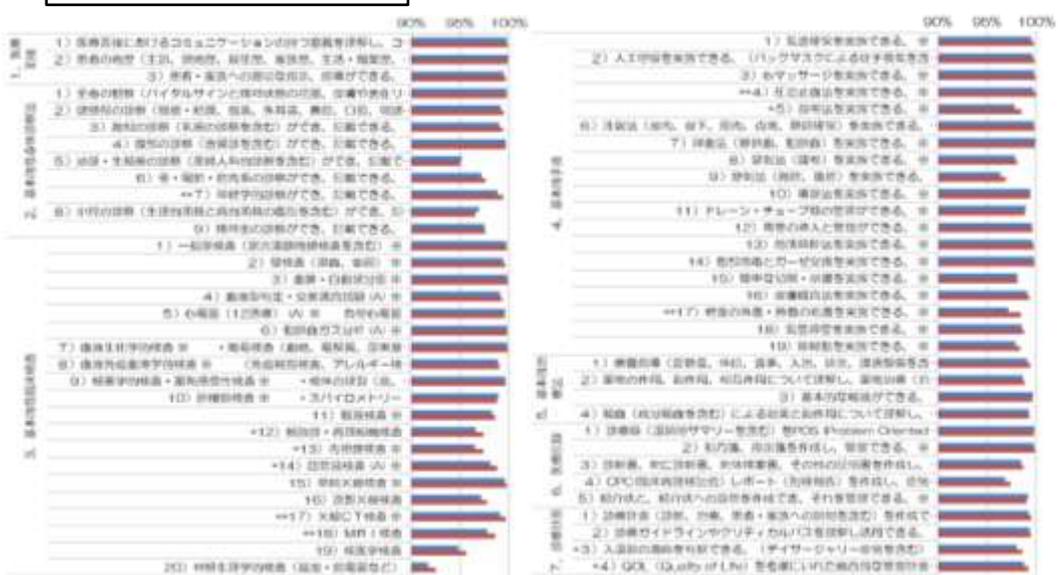


Fisherの直接確率 * p<0.05

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究(中間報告)

第7回田中委員提出資料

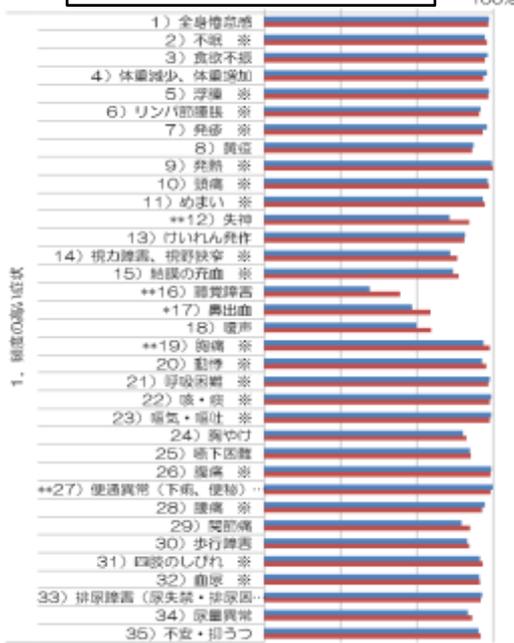
経験目標A項目 達成率



Fisherの直接確率 * p<0.05 ** p<0.01

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究(中間報告)

経験目標B項目 履修率



第7回田中委員提出資料

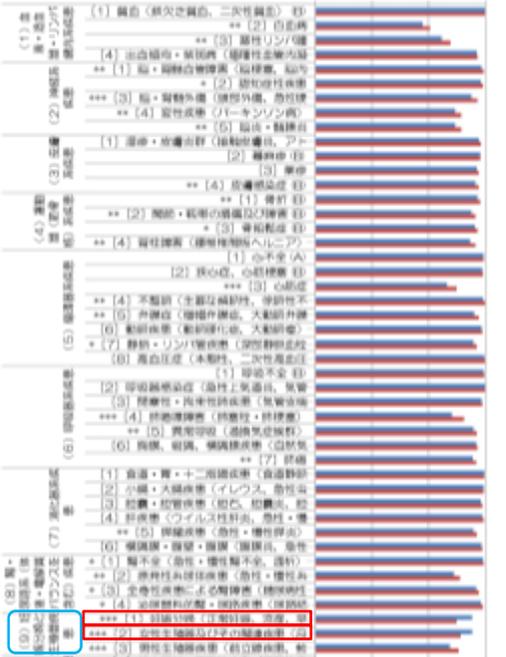


研修制度見直し後、有意に減少した項目

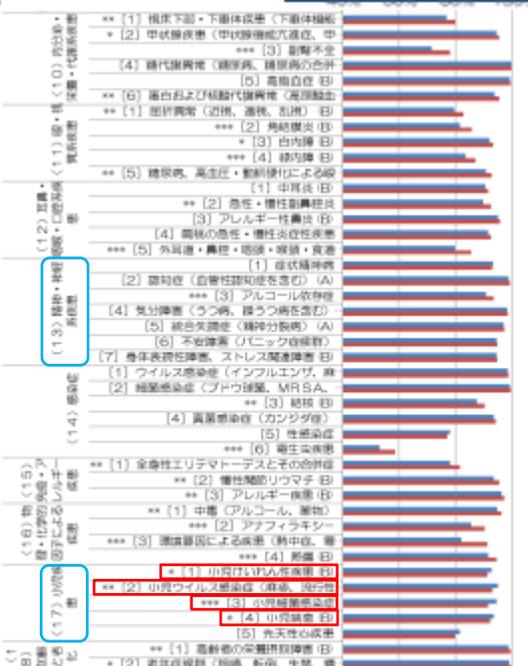
Fisherの直接確率 * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.00001

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究(中間報告)

3. 経験が求められる疾患・病態



第7回田中委員提出資料



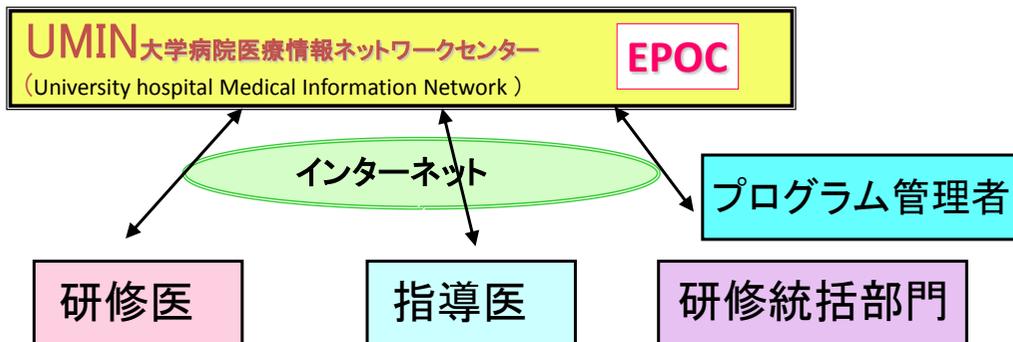
Fisherの直接確率 * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.00001

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

8

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

9

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

EPOCでは 自己評価と指導医による評価の二本建て

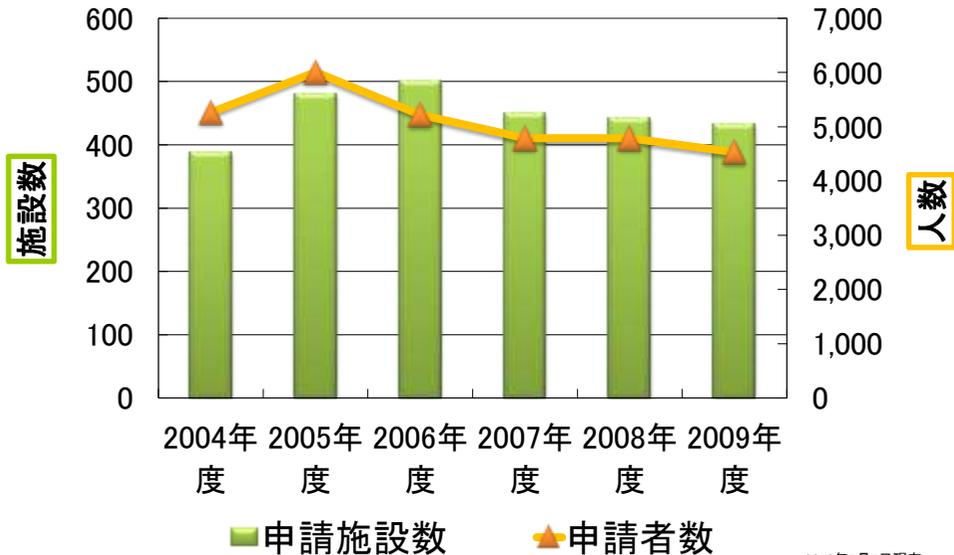
Standard, Minimum共通



EPOC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



12

EPOCを利用していない理由

第3回田中委員提出資料

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

13

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。

14

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。

15

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

16

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

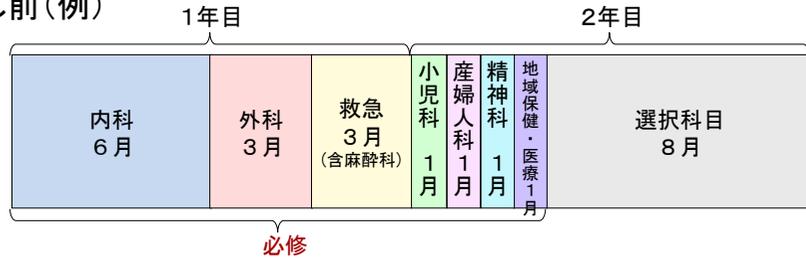
平成24年度～

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できると認められる場合は、指定継続

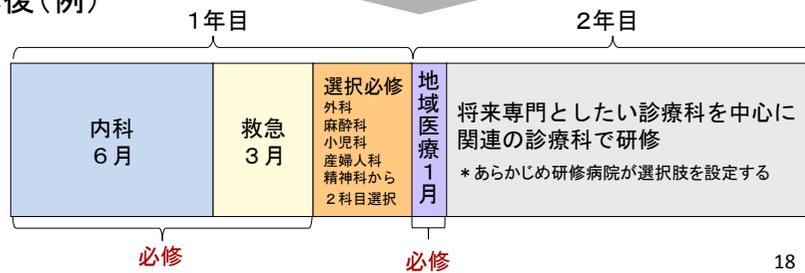
17

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)



18

EPOCを活用した臨床研修の評価に関する研究(中間報告)

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

19

医師会病院における臨床研修に関する伺い(集計結果報告)

第6回小森委員提出資料

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

【基幹型臨床研修病院からの意見】

- 基幹型臨床研修病院の基準が強化され、中小病院にとっては困難さを増している。しかしながら、本来の臨床研修の理念からすれば地域医療やプライマリケアを中心とした中小病院こそが理想にかなうものがあると考えます。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。

日本医師会

20

医師養成についての日本医師会の提案(第2版)

第5回日本医師会委員提出資料

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

21

医師養成についての日本医師会の提案(第2版)

第5回日本医師会委員提出資料

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

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

日本医師会 臨床研修制度の基本的方向性（当面の課題として）

- 基本的なプライマリ・ケア能力を獲得し、地域医療を担うことができる医師を養成するため、地域社会で充実した研修体制を整備する。
- 研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数を概ね一致させる⁴。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⁵。
- 臨床研修医が単なる労働力として位置づ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⁶。

22

医師養成についての日本医師会の提案(第2版)

第5回日本医師会委員提出資料

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。

⁴ 2011年度の研修希望者数は8,729人、医師国家試験の合格者数は7,686人、臨床研修募集定員数は10,900人。（第4回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会「研修医の受入実績等の推移及び募集定員の試算」2011年1月12日、厚生労働省「第105回医師国家試験の合格発表について」<http://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/successlist/siken01/about.html>、第5回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会「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」に関する意見の募集について（パブリックコメント資料）2011年2月18日による）

⁵ 2009年5月の改正により、2010年度の研修開始以降、都道府県ごとの定員数は、人口、医学部定員数、面積などから算定されている。2014年までは数変動と権限がある。『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』の一部改正案について（2003年6月12日医政発第0612004号、最終改正2011年3月24日）

⁶ 2007年時採用の1年次研修医給与は、最大1,075万円、平均413万円、最小211万円であった。2年次研修医給与は、最大1,373万円、平均466万円、最小232万円であった。厚生労働省医政局作成資料から。

23

医師養成についての日本医師会の提案(第2版)

第5回日本医師会委員提出資料

2.2. 研修プログラム

研修プログラムの到達目標は、医学部5年生、6年生での参加型臨床実習を経て、臨床研修を終了した医師が、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標をつけること、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、見直しを行っていく。

1年目

プライマリ・ケア能力の獲得に一定の目標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。

医師養成についての日本医師会の提案(第2版)

第5回日本医師会委員提出資料

図 2.1 臨床研修制度の改革案



医師養成についての日本医師会の提案(第2版)

第5回日本医師会委員提出資料

2.3. 研修システム

1. 医師研修機構

都道府県ごとに「医師研修機構」を設置する。

- (1) 各都道府県の「医師研修機構」を定むる「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、任托代表、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・開発
 - ・当該都道府県の基幹型臨床研修病院、地方型臨床研修病院、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

26

医師養成についての日本医師会の提案(第2版)

第5回日本医師会委員提出資料

2. 臨床研修センター

各大学に「臨床研修センター」を設置する。

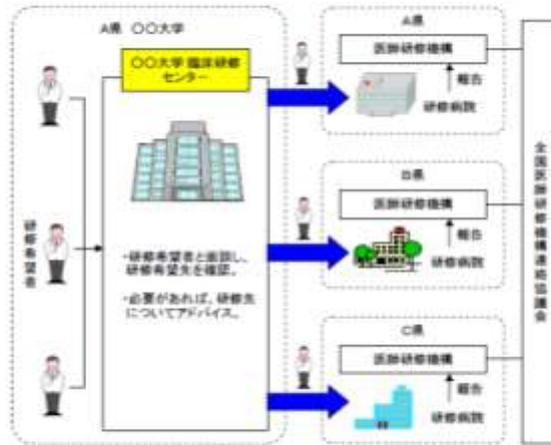
- (1) 研修希望者は、原則として出身大学の「臨床研修センター」に登録し、研修先についての希望を提出する。研修希望先の地域は問わない。
- (2) 各大学の「臨床研修センター」は、研修希望者と面談し、研修希望先を確認する。必要があれば「臨床研修センター」が、アドバイスをしない、研修先を選定する。研修先に応募した結果、希望がかなわなかった場合、あらためて「臨床研修センター」が研修希望者と相談し、調整する。
- (3) 臨床研修病院は、臨床研修医が、どの大学の「臨床研修センター」に所属しているかも含めて、都道府県の「医師研修機構」に臨床研修医の受け入れ状況を報告する。

27

医師養成についての日本医師会の提案(第2版)

第5回日本医師会委員提出資料

図 2.2 「臨床研修センター」と「医師研修機構」のイメージ



28

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

第6回事務局提出資料

参考

○ 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。**

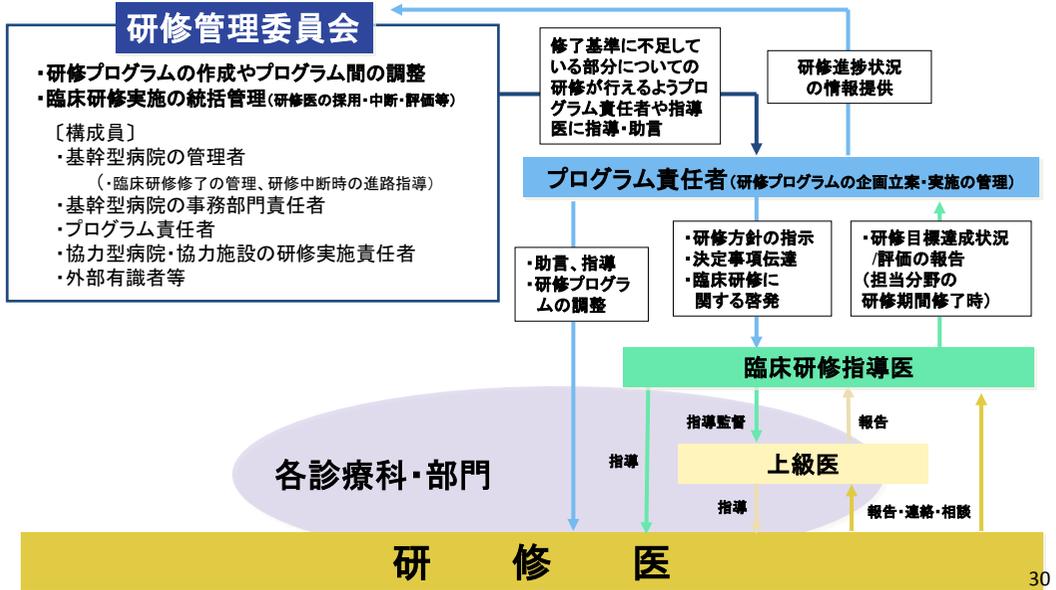
結論)

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、**臨床研修は十分に行動目標、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。**

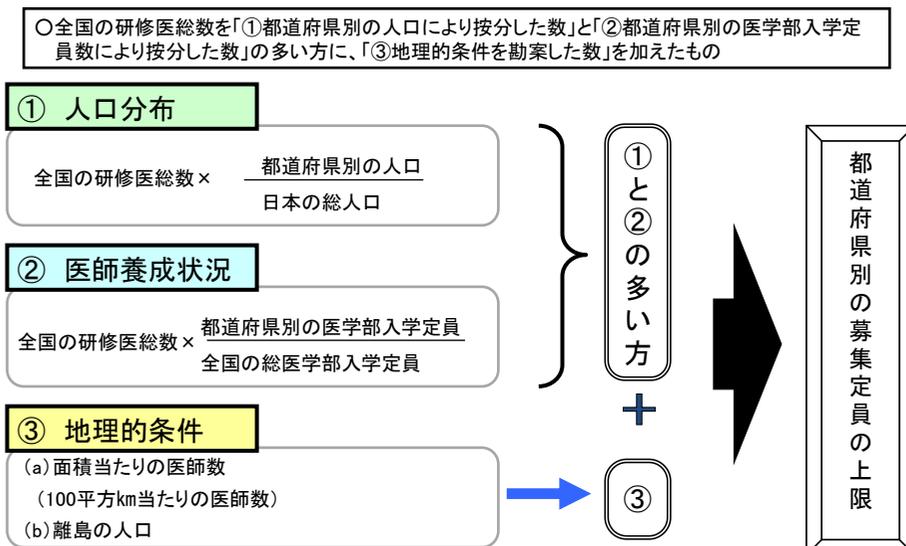
また、臨床研修病院ならびに臨床研修プログラムの質を評価するため、今回実施したような訪問調査が有効と考えられる。

29

臨床研修を行う病院の組織体制

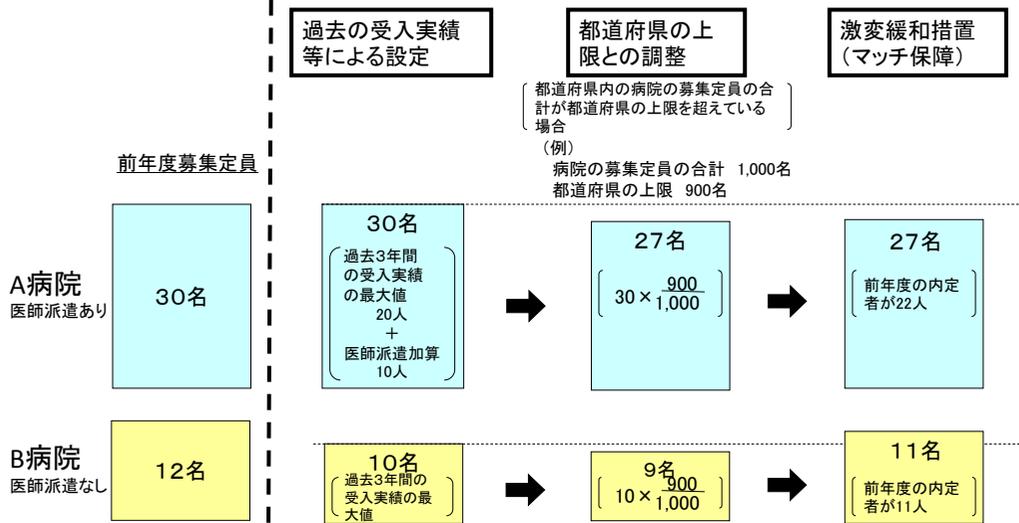


都道府県別募集定員の上限の設定方法



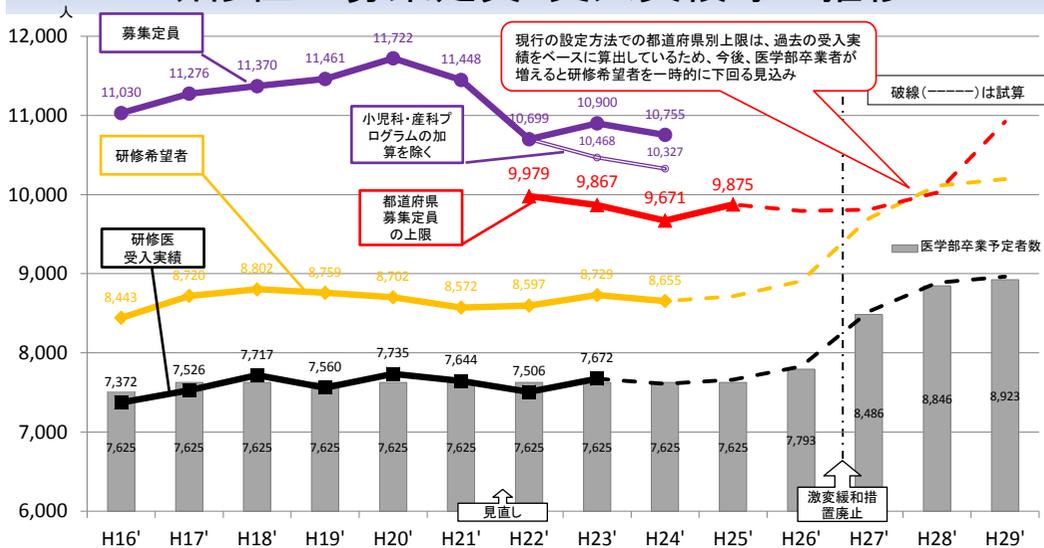
【激変緩和措置】 募集定員の上限は、前年度の90%を下回らないようにする。(平成26年3月31日まで)

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



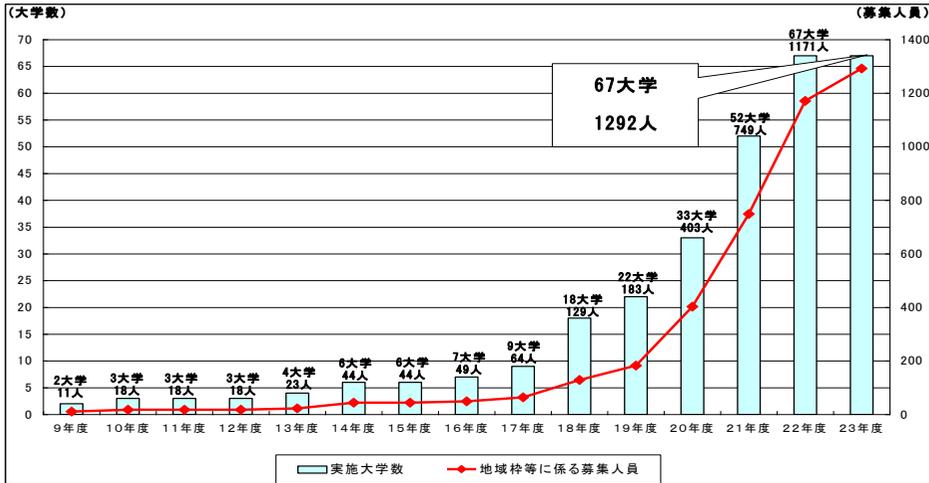
※ グラフは、自治医科大学及び防衛医科大学卒業の研修医を含め、全ての研修医についての動向を整理したものの。
※ 研修希望者は、各年度のマッチング参加者と自治医科大学、防衛医科大学卒業者の合計である。
※ 医学部入学定員は、卒業時(6年後)の年度で整理している。

地域枠等の状況

第5回文部科学省提出資料

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

地域を指定した入学者選抜（地域枠等）等の導入状況



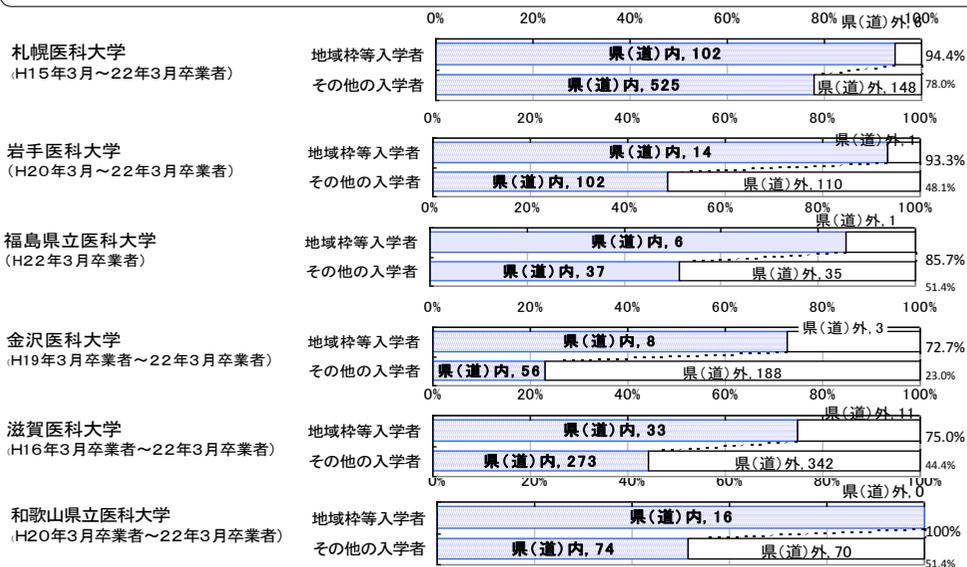
平成23年4月医学教育課調べ

34

地域枠等で入学した者の卒業後の状況

第5回文部科学省提出資料

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



文部科学省医学教育課調べ

35

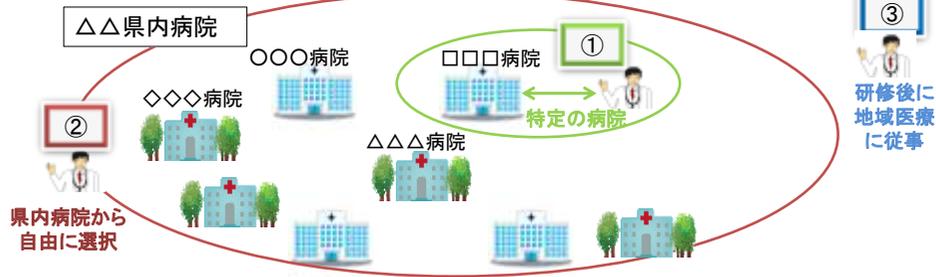
地域枠等の分類と臨床研修制度

○地域枠・・・地域の医師確保のために設けられた選抜枠(※入試時の特別枠設置の有無は問わない)

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

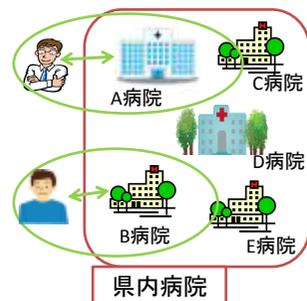
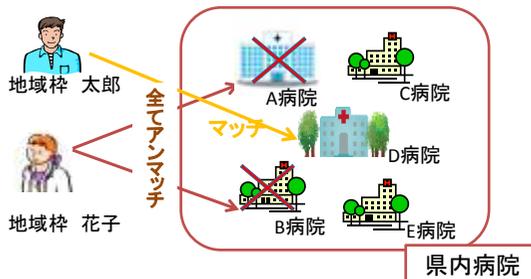
36

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大学校
 ・マッチングに参加せず、研修を行う病院を各都道府県と個別に調整して決定

マッチング(現行)



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

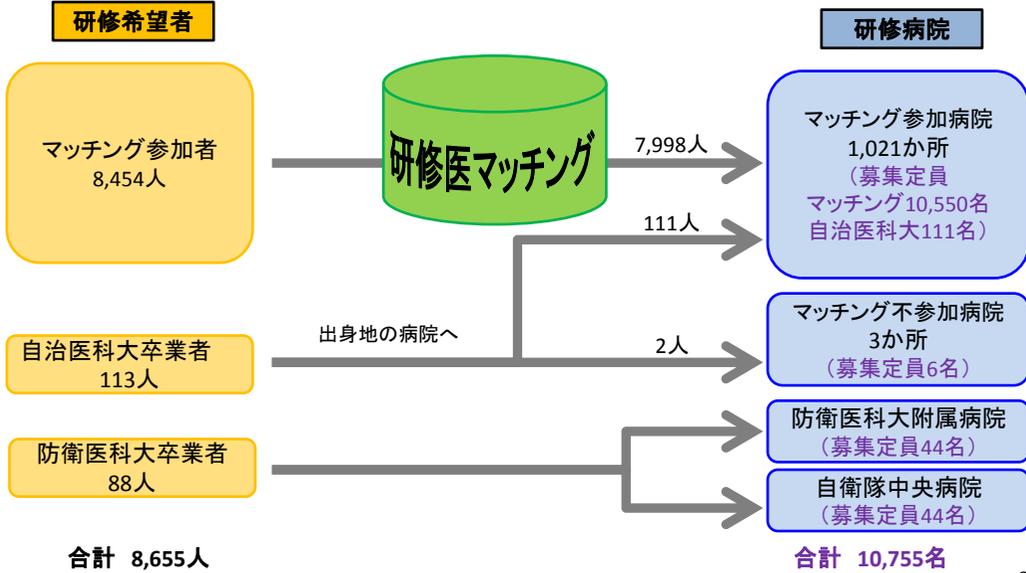
※自治医科大学、防衛医科大学校が対象
 (マッチング前に病院を決定)

37

第5回事務局提出資料

(参考)

平成23年度研修医マッチング等(平成24年度採用者)



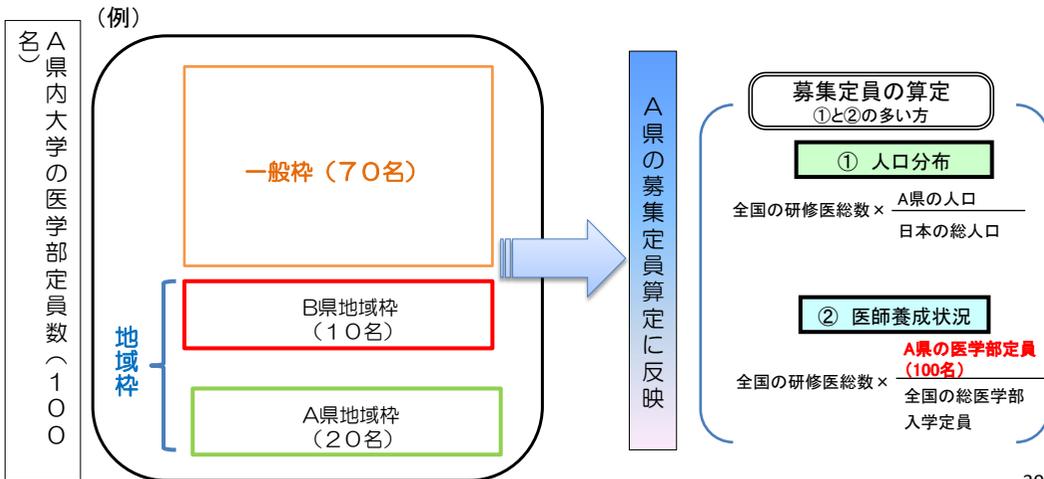
38

地域枠等と募集定員

第5回事務局提出資料

◇現行

→都道府県の募集定員の算定には、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に反映



39

臨床研修医の推計年収①

平成23年度採用予定の臨床研修医の推計年収※1

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

※1) 推計年収は、研修医の業務量、住居、通勤経路、家族構成にかかわらず決まって支払われる給与(賞与含む)。

※2) 平成23年度に臨床研修の実施を予定している全国の基幹型臨床研修病院の推計年収の平均を算出した。

※3) 研修医に対して年間720万円以上の給与を支払っている病院に対しては、補助金を一定割合削減している。

(参考)民間医師の平均給与

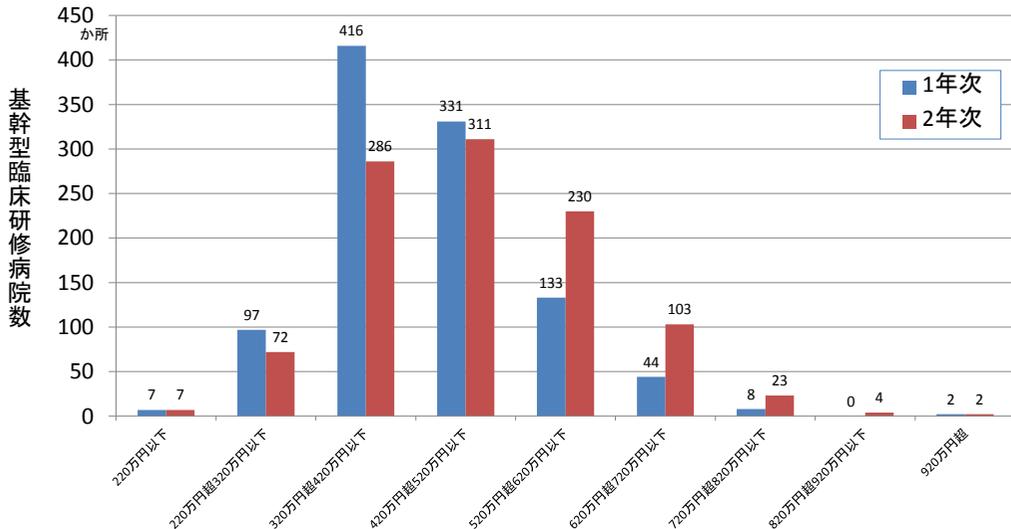
年齢	24歳以上28歳未満	28歳以上32歳未満	32歳以上36歳未満	36歳以上40歳未満
月額	559,069円	613,703円	752,864円	816,424円

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

出典: 人事院 平成22年職種別民間給与実態調査

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

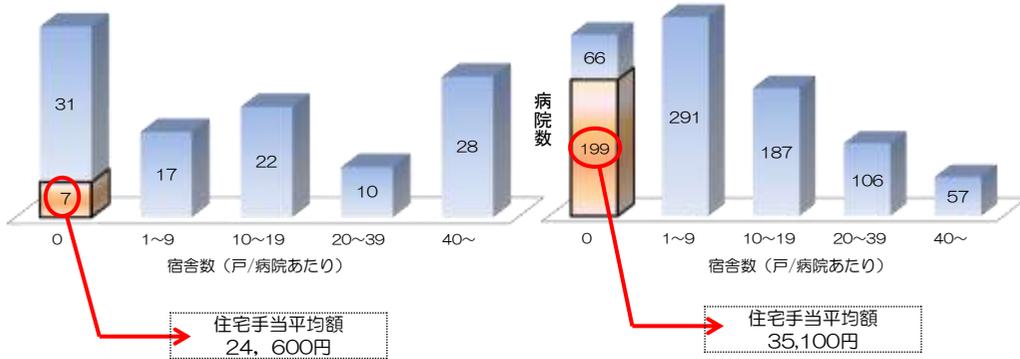
第3回事務局提出資料

研修医宿舎と住宅手当 (平均月額)

- 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)



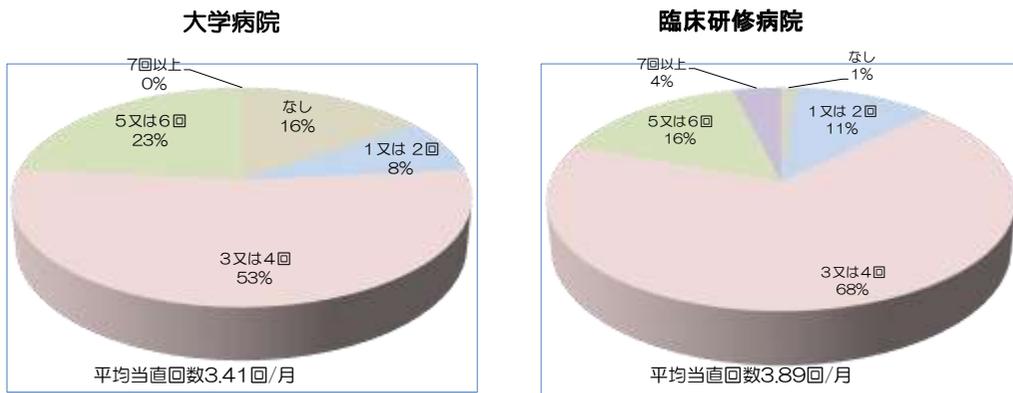
- ※ 平成23年度マッチングに参加した基幹型研修病院を対象として病院側が記入した数値を集計。
- ※ 数値は、平成24年度から研修を開始する1年次研修医に適用予定の処遇。

42

第3回事務局提出資料

臨床研修医の当直回数 (平均回数/月)

- 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。

43

EPOC全国データを活用した研修医による研修環境の評価

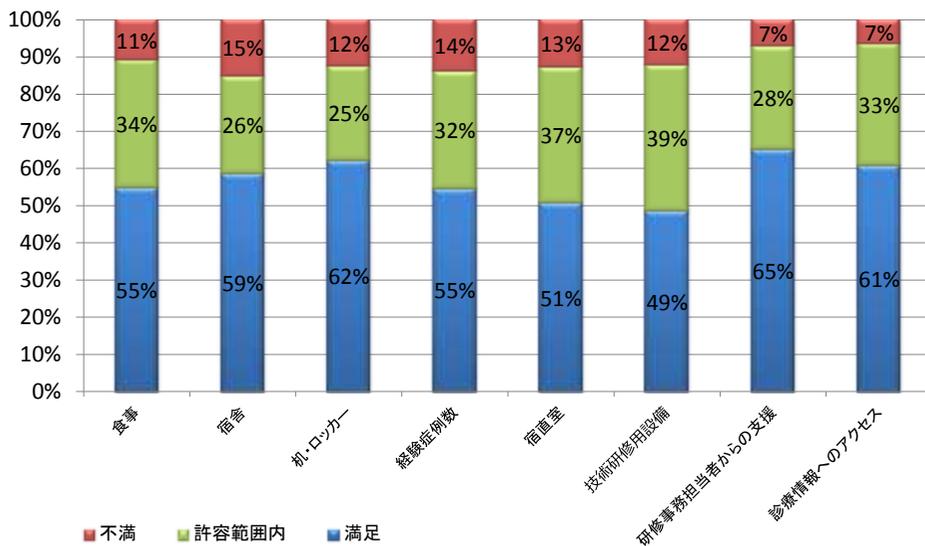
- 平成21年度に研修を開始した約4,000名分のデータを集計
- 研修環境に関する事項については、診療科毎の入力であるため、集計に際しては、研修期間を通じた評価を採用

(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

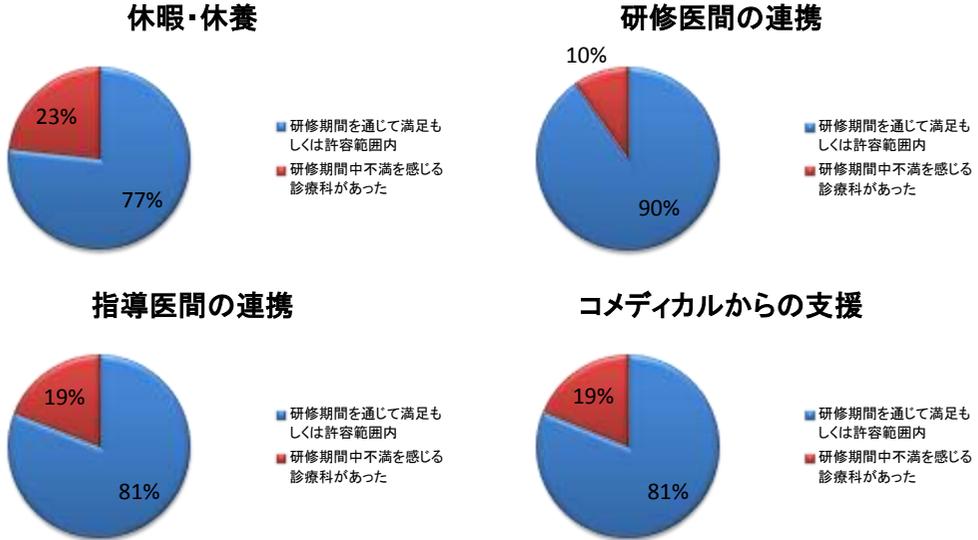
44

研修施設に対する満足度



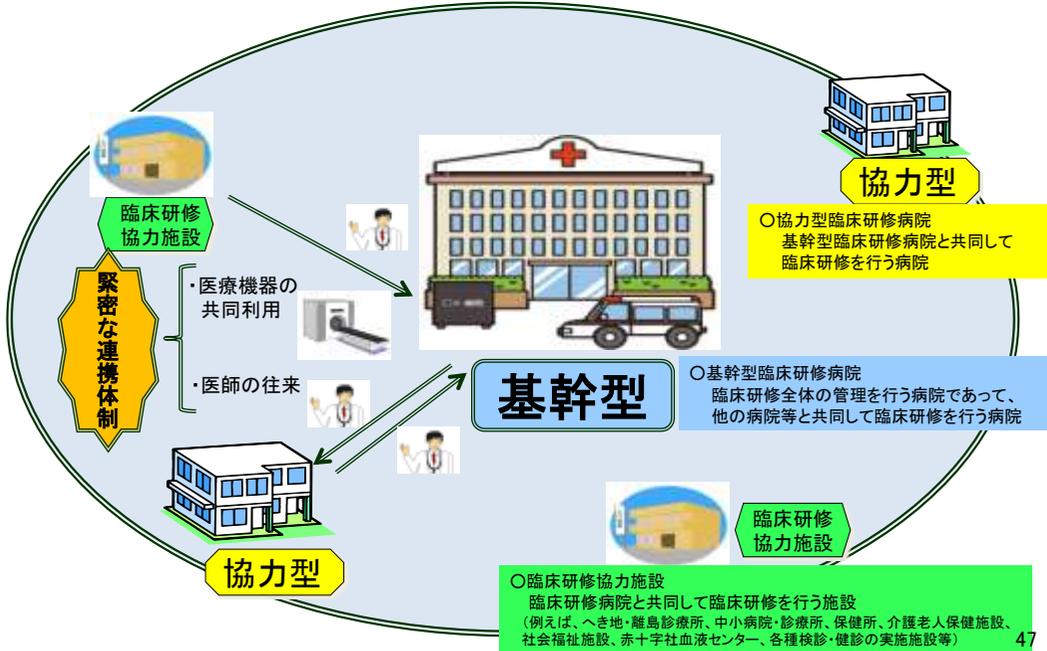
45

研修環境に対する満足度



46

臨床研修病院群の概要



47

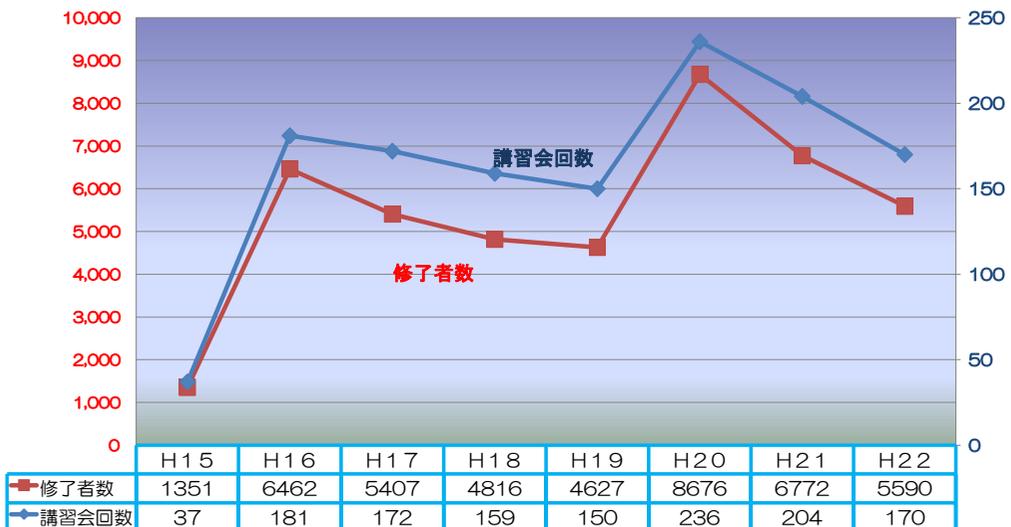
指導医講習会の現況

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

48

指導医講習会の現況②

○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)

49

フルマツチへの取り組み

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

50

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

51

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

52

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

53

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

54

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

55

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

56

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

57

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 *

新潟大学と新潟県の取組み

臨床研修制度の導入が地域医療に与えた影響

第4回鈴木参考人提出資料

新潟大学医学部医学科定員の推移

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

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

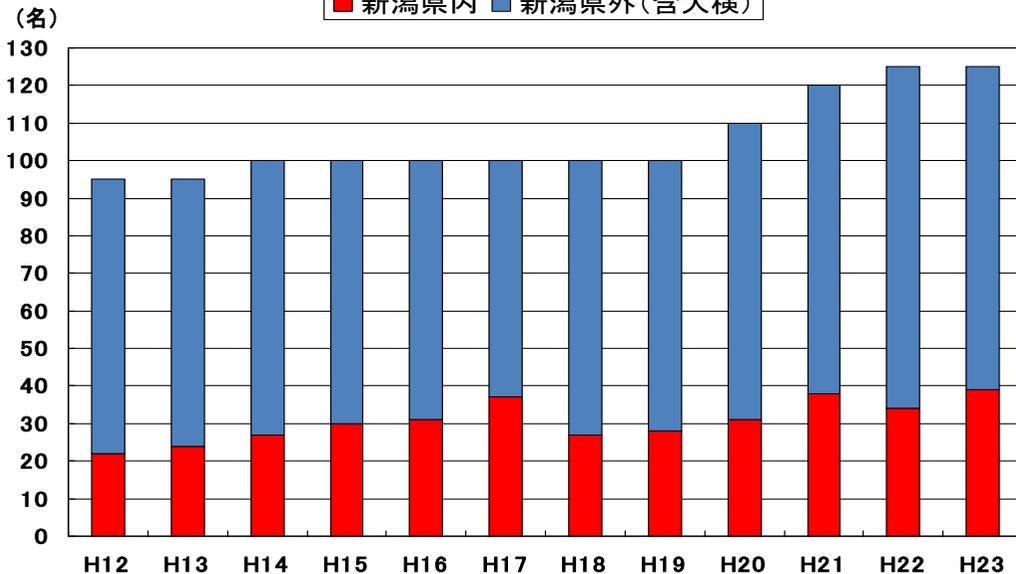
※太枠内は県からの医師養成修学資金の貸与が条件となっている。 60

臨床研修制度の導入が地域医療に与えた影響

第4回鈴木参考人提出資料

新潟大学医学部医学科入学者数調

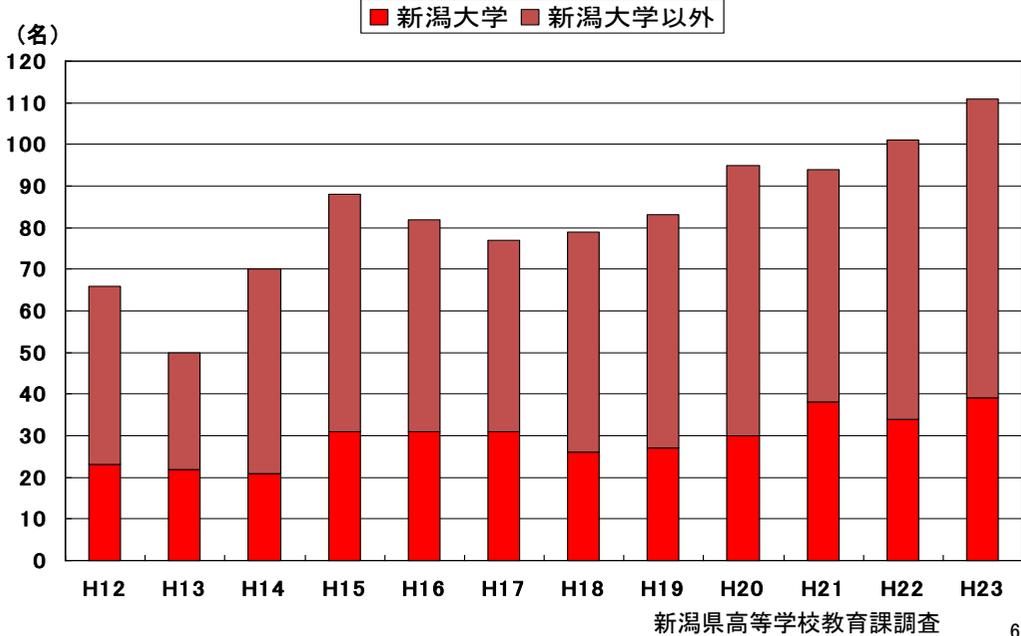
■新潟県内 ■新潟県外(含大検)



新潟大学医学部医学科調査

61

新潟県高等学校医学部進学者数



62

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。

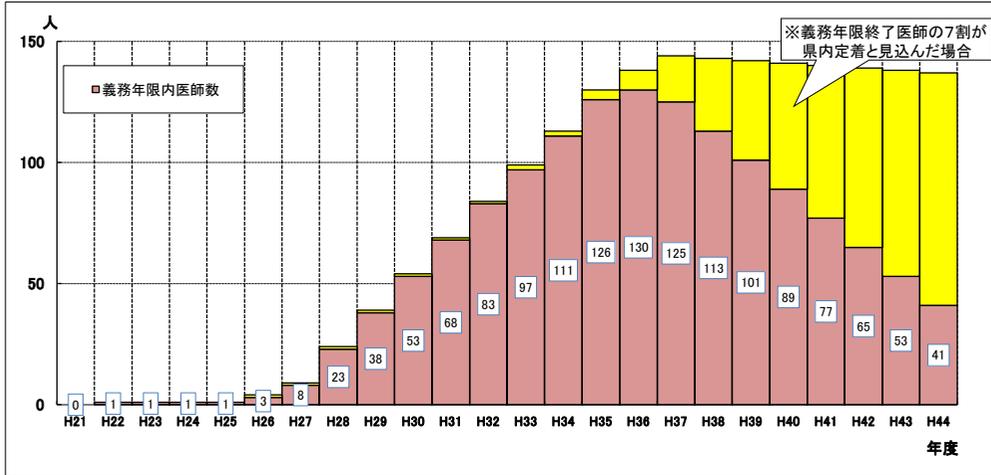
63

臨床研修制度の導入が地域医療に与えた影響

第4回鈴木参考人提出資料

2 新潟県医師養成修学資金貸与と医師数の推移(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。



64

臨床研修制度の導入が地域医療に与えた影響

第4回鈴木参考人提出資料

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 県立十日町病院長 長岡赤十字病院長
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	
新潟県病院協会	理事	森下英夫	
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。

65

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)
- ・県出身県外医学生が集いの開催(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

66

医学部の取組み

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

67

帰学者調査

(全国医学部長病院長会議
地域医療に関する専門委員会)

68

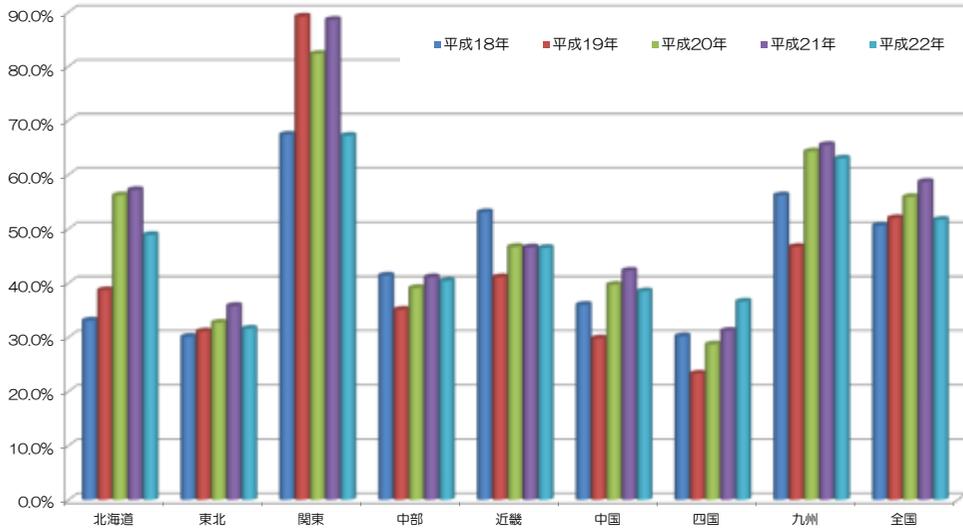
帰学調査について

- 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

69

第4回岡村委員提出資料

臨床研修修了者帰学状況(帰学率)



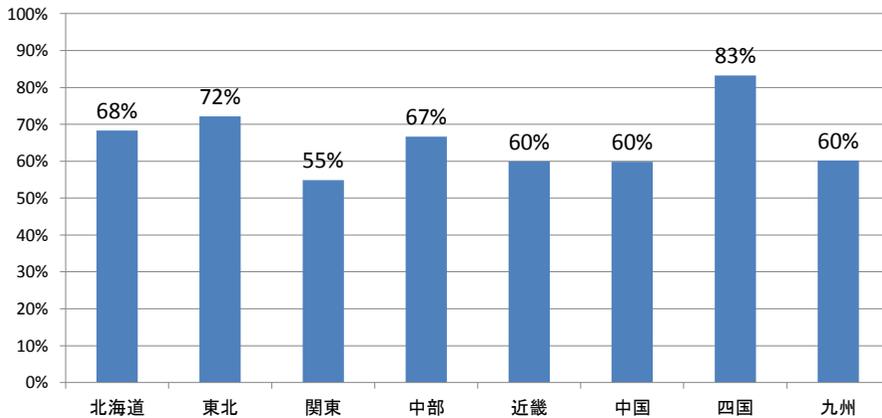
※帰学率・・・医師国家試験合格者数(2年前)に対する臨床研修修了者の大学への帰学者数(他大学卒業の医師も含む)の割合

70

第4回岡村委員提出資料

帰学者の状況(自大学／他大学卒別)

帰学者に占める自大学卒業者の割合



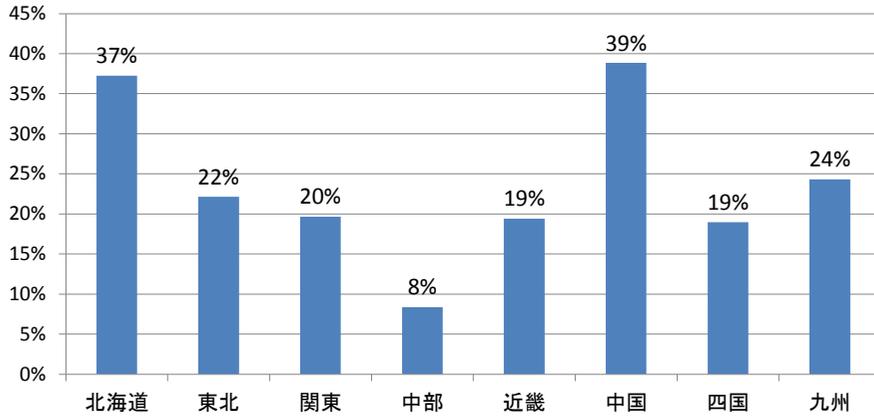
自大学卒者数	110	127	804	326	336	134	114	391
帰学者総数	161	176	1465	489	561	224	137	650

71

第4回岡村委員提出資料

帰学者の状況(地域別／直接病院出向率)

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

72

第4回岡村委員提出資料

医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン —地域医療崩壊と医療のグローバル化の中で— 全国医学部長病院長会議の立場から

全国医学部長病院長会議

平成23年12月

73

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へ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

74

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。**

75

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) 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考えられる。

76

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業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だろう。

77

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することも一法と考える。

78

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%

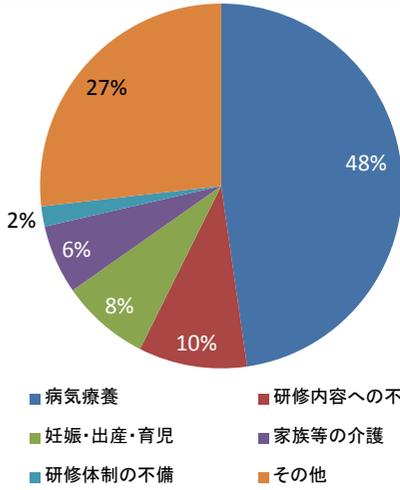
注1) 研修医受入実績は、各年度における4月現在の受入実績

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。）

79

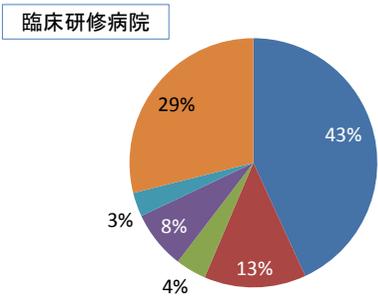
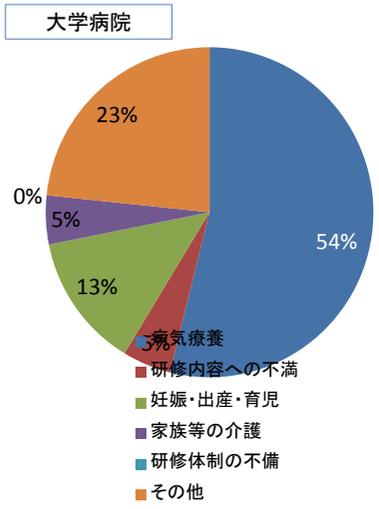
中断の理由(全体)

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



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

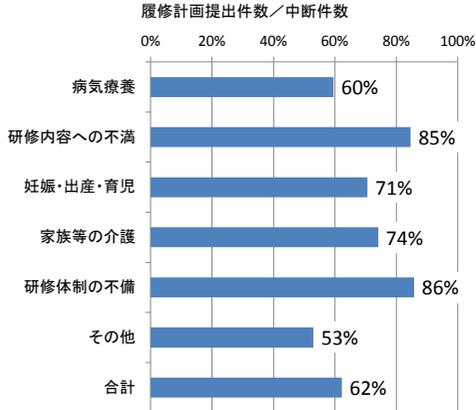
中断の理由(大学病院・臨床研修病院別)



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

中断者の研修再開状況

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



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

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

82

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%

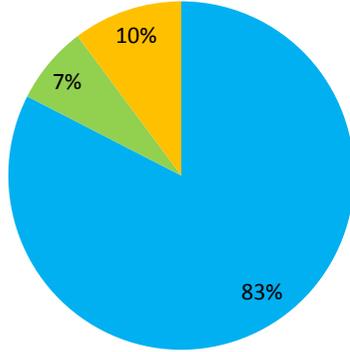
注1)「研修医受入実績」は、各年度における4月現在の受入実績

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。）

83

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。



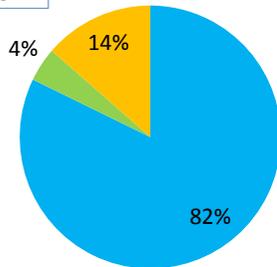
- 研修実施期間
- 目標の達成度
- 臨床医としての適性

	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%

84

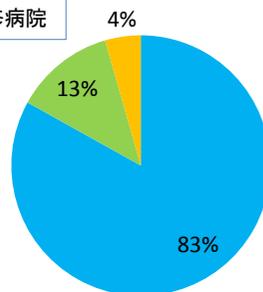
未修了の理由(大学病院・臨床研修病院別)

大学病院



- 研修実施期間
- 目標の達成度
- 臨床医としての適性

臨床研修病院



	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

85

研修医による病院ごとの環境評価

【環境評価集計】(2010年度集計)



86

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

87

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

第2回岡部委員提出資料

まとめ:

1. 東京大学、大阪大学、京都大学、名古屋大学の医学部学生の卒業後の進路を調査した結果、長期的な基礎研究者の減少傾向が存在した。特に2000年以降は4大学を合わせて10名程度しか基礎医学系に進んでいない。
2. 基礎医学系教員にしめるMDの数は減少している。1990年代には50%あった助手・助教に占めるMDの割合が、現在では30%以下に低下している。教授に占めるMDの割合は比較的高いが、現在の助手・助教の世代が教授へと昇進する10-15年後には、MDの教授の割合が30%以下に低下することが予想される。
3. 基礎系大学院に在籍する学生に占めるMDの割合も低下しており、現在ではその割合は30%以下である。
4. 以上の傾向から、今後更にMD研究者は減少し、10-15年後でその割合は30%以下、30年後には10%以下になるであろう。
5. 将来の医学部における基礎医学教育をnon-MDの教員を主体として行うのか、あるいは何らかの対応策を講じてMD研究者の割合を増加させるのか、適切な判断を迅速に行う必要があり、放置すれば我が国の医学教育・研究システムに大きな障害をもたらす可能性が高い。
6. MD研究者の数を今後増加させるのであれば、研究者養成のための卒後教育システムを確立する必要がある。初期臨床研修制度にも研究マインドを育成するための方策を組み込むことが望ましい。

88

研究者養成に関する現状

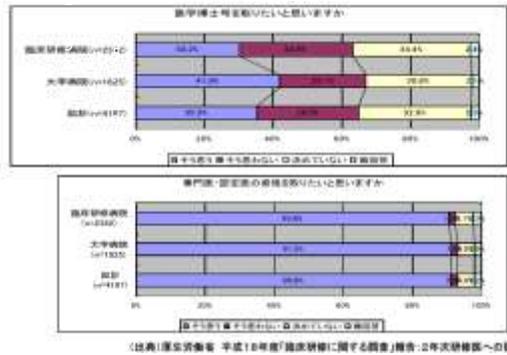
第5回文部科学省提出資料

・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

89

研究医養成のための大学・大学院を一貫した教育プログラム取組 第5回 文部科学省提出資料

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



90

研究医枠による医学部定員増の取組 第5回 文部科学省提出資料

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年度及び23年度に「研究医枠」として、14大学で23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 計23人(14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年次終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。

91

1. 医学教育・モデル・コア・カリキュラム（12年度策定、平成19年度、22年度改訂）
 - 学生が卒業までに最低限履修すべき教育内容をまとめた医学教育の指針。文部科学省の検討会において、医学教育関係者により議論され、平成12年度策定。平成22年度に最近改訂。現在では全ての大学で利用されている。
2. 共用試験の実施（CBT（知識）、OSCE（技能））（14年度試行、17年度正式実施）
 - （実施主体：（社）医療系大学間共用試験実施評価機構）
 - 学生が臨床実習開始前に備えるべき能力を測定する共通の標準的評価試験
 - 全大学において実施。卒業前OSCEを実施する大学も増加する傾向。
3. 診療参加型臨床実習の充実に向けた取組
 - 全ての大学で診療参加型臨床実習が行われているが、国際的な質保証の要請も踏まえつつ、質的により充実した実習を実施していくことが課題。

92

