

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（修正案）～

- 目次 -

**1. 基本理念と到達目標について**

- 1) 基本理念
- 2) 到達目標
- 3) 臨床研修全体の研修期間

**2. 基幹型臨床研修病院の指定基準について**

- 1) 研修プログラム
  - ①研修診療科
  - ②各研修診療科の研修期間
- 2) 必要な症例
- 3) 指導・管理体制
- 4) 募集定員の設定
  - ①募集定員の設定方法
  - ②地域枠への対応
- 5) 研修医の処遇等の確保
- 6) その他
  - ①臨床研修病院群の形成
  - ②第三者評価
  - ③都道府県の役割
  - ④運用上の問題

**3. 中断及び再開、修了について**

**4. その他**

- 1) 地域医療の安定的確保
- 2) 研究医養成との関係
- 3) 関連する医学教育等

## 1. 基本理念と到達目標について

### 1) 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（以下、「施行通知」という。））において、臨床研修については、「医師が、医師として的人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることのできるものでなければならないこと」とされている。

#### <論点>

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

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できる」「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付ける」等が盛り込まれた現在の基本理念は重要であり、変更する必要はないのではないか。

### 2) 到達目標

- 施行通知において、「臨床研修の目標」は、「臨床研修の到達目標」（施行通知別添 1）を参考にして、臨床研修病院が当該研修プログラムにおいて研修医の到達すべき目標として作成するものであり、「臨床研修の到達目標」を達成できる内容であることとされている。
- 「臨床研修の到達目標」は、Ⅰ 行動目標（医療人として必要な基本姿勢・態度）、Ⅱ 経験目標（A 経験すべき診察法・検査・手技、B 経験すべき症状・病態・疾患 C 特定の医療現場の経験）により構成されている。

#### <論点>

##### （到達目標の内容）

- ・基本理念や社会情勢、関係者の評価等を踏まえ、現在の「行動目標」及び「経験目標」について、どう考えるか。
- ・「経験目標」における「経験すべき疾患・病態」の種別について、どう考えるか。

### (評価手法)

- ・到達目標の達成に係る評価の在り方について、どう考えるか。
- ・「行動目標」と「経験目標」については、評価方法に関する何らかの目安を設定することについて、どう考えるか。
- ・主として臨床研修病院におけるEPOC（オンライン卒後臨床研修評価システム）の今後の普及に向け、どのような取組が必要か。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

#### (到達目標の内容)

- ・臨床研修の到達目標の検討に際しては、卒前教育との連続性に配慮する必要があるのではないか。
- ・到達目標は、例えば分娩は卒前の臨床実習のうちに経験する等、医学部5，6年生の臨床参加型実習を促進すること等によって、卒前卒後の4年間で考える必要があるのではないか。
- ・到達目標のうち、例えば発熱はその原因疾患が多様であることを踏まえ、目標設定をより細かくしてもよいのではないか。

#### (評価手法)

- ・到達目標の評価については、諸外国の状況も踏まえ、単に経験したか否かではなく、状況に応じて適切な行動がとれるかどうかを評価するという「コンピテンシー（行動に結びつく核なる能力）」が重要であり、その考え方にあわせ現在の到達目標を見直す必要があるのではないか。
- ・臨床研修病院間で到達目標の評価基準にばらつきが見られるため、EPOCやE-ポートフォリオ（インターネット上で研修の記録・管理等を行うデータベースシステム）等のインターネットを利用したシステムを促進すること等により、標準化を図ることが必要ではないか。
- ・諸外国の例を踏まえ、指導医、プログラム責任者、病院等による評価だけでなく、様々な職種や第三者的な評価機関による評価が必要ではないか。
- ・EPOC等の利用を制度上義務化し、また、例えば事務員の代行入力等の工夫により利用を促進するとともに、研究者や臨床研修病院がベンチマークに使えるよう情報公開を行ってもよいのではないか。

### 3) 臨床研修全体の研修期間

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

-医師法 第16条の2 第1項-

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

#### <論点>

- ・現在の臨床研修の研修期間（2年以上）について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・臨床研修の期間は、基本理念等に照らすと2年間で適当ではないか。

## 2. 基幹型臨床研修病院の指定基準について

### 1) 研修プログラム

#### ① 研修診療科

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

#### <論点>

- ・ 現行の必修、選択必修とする診療科について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・ 臨床研修医の意見を踏まえると、7 科目から 3 科目必修となったプログラムについて、7 科目必修に戻す必要はないのではないか。
- ・ 3 科目必修のプログラムは、プログラム選択の自由度は上がったが、幅広い分野での基本的な診療能力という観点からは弊害も考えられるため、必修項目を見直す必要はあるのではないか。

#### ② 各研修診療科の研修期間

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

#### <論点>

- ・ 現行の必修診療科についての研修期間（特に、在宅医療を含めた地域医療研修）について、どう考えるか。
- ・ プログラムの柔軟性（選択診療科の研修期間）について、どう考えるか。
- ・ 病院群での研修期間（原則として、基幹型臨床研修病院は 8 月以上、臨床研修協力施設は 3 月以内）について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・ 現在のプログラムは、2 年間を通じ基本的な診療能力の育成を重視するものと、2 年目に専門研修の準備となっているものが混在しており、どちらを軸とするかの整理が必要ではないか。
- ・ 2 年間のプログラムにおいて多くの診療科を経験するが、例えば小児科では 1 ヶ月のみの研修では不十分であり、3 ヶ月程度は必要ではないか。

## 2) 必要な症例

- 臨床研修を行うために必要な症例を確保するため、基幹型臨床研修病院の指定基準として、平成 22 年度研修より年間入院患者数を 3,000 人以上とする基準が設けられた。
- 平成 22 年度の制度改正以前からの指定病院については、平成 23 年度末までの間、いわゆる激変緩和措置として、3,000 人未満であっても指定が継続されていた。平成 24 年度からは、従来の指定病院については、年間入院患者数 3,000 人未満であっても、個別の訪問調査の結果、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得することができると思われる場合には、指定が継続されることとなった。
- 各診療科での研修に必要な症例については、当該病院と協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の症例と合わせて、例えば、救急部門を研修する病院にあっては救急患者の取扱件数が年間 5,000 件以上、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科については、年間入院患者数 100 人（外科にあっては研修医 1 人あたり 50 人以上）、産婦人科を研修する病院の分娩数については年間 350 件又は研修医 1 人あたり 10 件以上が望ましいこととされている。

### <論点>

#### (年間入院患者数)

- ・ 臨床研修の「到達目標」を達成するための必要な症例の確保に向け、引き続き「3,000 人以上」の基準に設けることについて、どう考えるか。
- ・ 一定の症例数を確保するには大病院が望ましいという意見がある一方、中小病院のほうが地域医療に密接に関わる中で基本的診療能力を身につけることに秀でていたという意見があることを踏まえ、どう考えるか。
- ・ 訪問調査については、3,000 人未満の病院だけではなく、3,000 人以上の病院に対しても実施することについて、どう考えるか。

#### (その他の症例数)

- ・ 現在の診療科ごとの必要症例数の取扱いについて、どう考えるか。

#### 【参考】本ワーキンググループでの主な意見

##### (年間入院患者数)

- ・ 保健所での研修や開業医も含めた研修も病院によって濃淡があるので、現在のように一定の水準をある程度求めることが適当ではないか。
- ・ 年間入院患者が 3,000 人未満の基幹型病院については、訪問調査等を踏まえつつ、臨床研修病院群での状況も考慮して、柔軟に評価すべきではないか。
- ・ 全国一律で年間入院患者 3,000 人で基準を設けることは適切ではないのではないか。
- ・ 訪問調査は入院患者数にかかわらずいずれのプログラムでも有効であり、3,000 人以上の大規模な病院にも適用を広げてはどうか。

(その他の症例数)

- ・必要な症例については、年間入院患者等の病院全体の数でなく、研修医1人当たりの年間症例数等で考えるべきではないか。
- ・救急患者数の視点は重要であり、小規模病院だと救急患者数が少ない場合もある。
- ・救急患者数の少ない病院においても、一律に基準を設けるのではなく、外来や地域医療等の視点から包括的に評価する必要があるのではないか。

### **3) 指導・管理体制**

- 現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、研修管理委員会を設置していること、プログラム責任者を適切に配置していること、適切な指導体制を有していること（研修医5人に対して指導医が1人以上）が定められている。
- 内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の診療科は必置とされている。

#### **<論点>**

- ・現在の指導・管理体制に係る指定基準について、どう考えるか。
- ・研修管理委員会の在り方について、どう考えるか。
- ・現行の診療科に加えて、必修（病院独自に必修としているものを含む。）又は選択必修になっている診療科についても、指導医を必置とすることについて、どう考えるか。

### **4) 募集定員の設定**

#### **① 募集定員の設定方法**

- 現在、全国研修医総数を、「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方に、「③地理的条件を勘案した数」を加えた数を都道府県別の募集定員の上限として設定している。
- 各都道府県では、上記上限の範囲内で、各病院の定員を調整することが可能となっている。
- 平成25年度末までの激変緩和措置として、都道府県の募集定員の上限は、前年度の受入実績の90%を下回らないようにしている。
- また、各病院の募集定員については、過去3年間の研修医の受入実績の最大値に医師派遣（指導医等の医師を派遣している場合に、その派遣実績を踏まえて定員を加算）等の実績を勘案した上で、都道府県の上限との調整を行い設定している。

- 平成 25 年度末までの激変緩和措置として、それぞれの病院の募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにしている。
- 募集定員が 20 人以上の病院は、小児科・産科のプログラム（募集定員各 2 人以上）を設けることとされている。

### <論点>

#### （各都道府県の募集定員）

- ・ 地域医療への影響も踏まえ、現行の各都道府県の募集定員の上限設定について、例えば、新たに、人口当たりの医師数や高齢者割合などを加味することについて、どう考えるか。
- ・ 激変緩和措置（平成 25 年度末まで、募集定員の上限は前年度の受入実績の 90% を下回らないようにする）について、どう考えるか。

#### （各研修病院の募集定員）

- ・ 現行の臨床研修病院の募集定員の算定について、例えば、医師派遣加算について派遣先が医師不足地域である場合などを加味することについて、どう考えるか。
- ・ 激変緩和措置（平成 25 年度末まで、募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする措置）について、どう考えるか。
- ・ 産科・小児科特例プログラム加算について、どう考えるか。

#### 【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・ 募集定員を卒業生の数とほぼそろえた場合、研修医側から見ると、良い意味での研修病院間の競争がなくなり、研修の質の問題が出てくる可能性がある。
- ・ 募集定員と研修医が 1 対 1 になると、ブレが少なくなると思うが、研修病院の入れ替えがない限り非常に危うい。
- ・ また、都道府県定員は人口比を使うが、高齢者をはじめとした年齢別人口に配慮する必要があるのではないか。
- ・ 都道府県毎だと人口が違いすぎるので、近畿等の地域毎に大枠の定員を決めてもいいのではないか。

## ② 地域枠への対応

- 地域の医師確保のため、各大学において、地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学者選抜枠（いわゆる地域枠）が設けられている。平成 23 年度には、67 大学において計 1,292 名分の地域枠が設定されている。
- なお、「地域枠」には、卒業後の勤務条件は特に定められていないものや、臨床研修を、指定された特定の医療機関、または自分の選択する都道府県内の医療機関などで実施することが条件づけられているもの、卒後の勤務条件がないものなど様々な形態がある。

- 現在、募集定員の設定においては、地域枠学生に対する特別な配慮は行っていない。  
(定員の内数として参入)
- 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されている。
- 地域枠の学生も、地域枠以外の学生（一般枠の学生）と同様に、マッチングに参加して臨床研修を行う病院を決定している。(現在、自治医科大学と防衛医科大学校は、マッチングに参加せず、個別に調整を行っている。)

#### <論点>

##### (地域枠と都道府県の募集定員)

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

##### (地域枠とマッチング)

- ・ 地域枠の学生とマッチングとの関係について、どう考えるか。

#### 【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・ 医学部定員増に基づく、地域での従事義務がある地域枠の学生は、当該地域で研修を行うことに配慮した制度設計が必要ではないか。
- ・ 地域枠の学生をいかにマッチングに組み込むかは重要な課題であり、十分な検討が必要ではないか。

### 5) 研修医の処遇等の確保

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

#### <論点>

##### (給与・手当)

- ・ 研修医の給与・手当の状況について、どう考えるか。

##### (労働環境)

- ・ 研修医の労働時間の状況（当直回数や当直明けの連続勤務等を含む。）について、どう考えるか。



【参考】本ワーキンググループでの主な意見

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

## 6) その他

### ① 臨床研修病院群の形成

- 現在、研修病院の指定基準として、基幹型臨床研修病院は、協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設（病院又は診療所に限る）又は大学病院と連携して臨床研修を行うこととされている。
- また、臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で密接な連携体制を確保していることとされ、地域医療のシステム化を図り、臨床研修病院群における緊密な連携を保つため、臨床研修病院群の構成は、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることが望ましいこととされている。

#### <論点>

- ・臨床研修病院群の在り方について、どう考えるか。
- ・大学病院を含めた臨床研修病院群の形成を指定の要件にすることについて、どう考えるか。
- ・臨床研修病院群の形成における地理的範囲（二次医療圏、都道府県等）について、どう考えるか。
- ・臨床研修病院群を形成する各病院の規模について、どう考えるか。

### ② 第三者評価

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

#### <論点>

- ・第三者による評価の在り方について、どう考えるか。

### ③ 都道府県の役割

- 現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、地域医療の確保のための協議や施策の実施に参加するよう都道府県から求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとされている。
- 地域における臨床研修病院群の形成を促進するため、都道府県は、管轄する地域における各病院の募集定員について、各病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して必要な調整を行うことができるとされている。

#### <論点>

- ・ 臨床研修制度における都道府県の役割について、どう考えるか。

### ④ 制度運用上の問題

- 現行では、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となっている。
- また、指導医講習会は、翌年度の受講予定の段階で申請されている場合がある。

#### <論点>

##### (基幹型臨床研修病院の指摘にかかる再申請)

- ・ 研修医の受入実績が2年間なかったことにより、取消になった病院の再申請の在り方について、どう考えるか。
- ・ 協力型臨床研修病院において、研修医の受入実績がない場合の指定の取扱いについて、どう考えるか。

##### (指導医講習会)

- ・ 指導医講習会の受講と指定申請の時期との関係について、どう考えるか。

### 3. 中断及び再開、修了について

- 臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を中止することであり、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としたものである。
- 臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、管理者が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としたものである。

#### <論点>

- ・ 研修の中断者のうち「病気療養」が約半数を占め、かつ研修の再開割合が低い傾向があることについて、どう考えるか。
- ・ 研修医に対するメンタルヘルスの面からのケアの必要性について、どう考えるか。
- ・ 研修中の妊娠出産等への対応やまた障害を有する研修医への対応について、何らかの具体的な方策を考える必要があるか。

#### 【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・ 中断者の受入は非常に大変であり、研修医のみならず、病院側からのクレームも含め、裁定委員会のようなものが必要ではないか。
- ・ 臨床研修期間中の海外留学等の扱いも検討してはどうか。
- ・ 女性医師対策は大変重要であり、マッチ率の高い病院は、出産育児への支援体制が整っていることが多い印象がある。

### 4. その他

#### 1) 地域医療の安定的確保

- 地域医療の安定的確保に向け、平成 22 年度の臨床研修から、
  - ・ 都道府県ごとに、人口、医師養成数、面積当たりの医師数などの地理的条件を勘案した募集定員の上限を設ける
  - ・ 地域医療の研修を必修とし、へき地・離島診療所、中小病院等における研修を一定の期間以上行うこととする

- ・臨床研修病院の募集定員について、指導医等の医師を派遣している場合には、その派遣実績を踏まえて定員を加算するなどの制度の見直しを図っている。
- また、地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成の促進を図ることとしている。

#### <論点>

- ・地域医療の安定的確保に向けた臨床研修における取組について、どう考えるか。

### 2) 研究医養成との関係

- 近年、特に基礎系を中心に大学院に進む医学生の割合が減少しており、将来の基礎系の教員確保や医学研究の推進を懸念する声がある。
- 大学の医学部定員について、平成 22 年度から 25 年度の増員の枠組みとして、「研究医枠」が設けられている。
- 一部の大学では、臨床研修期間中に、大学院における研究も並行して行うなど、研究者の養成に取り組んでいる。

#### <論点>

- ・臨床研修期間中の大学院における研究について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・臨床研修の基本理念を踏まえ、臨床研修中は臨床研修に集中するべきであり、研修期間中の大学院進学は必ずしも適切ではないのではないかと。
- ・臨床研修の理念は尊重すべきであるが、基礎系の研究者の確保も喫緊の課題であり、全ての卒業生が臨床研修に専念するのではなく、希望に応じて早期から研究に従事が可能となるような弾力的な対応が必要ではないかと。

### 3) 関連する医学教育等

- 医学教育に関しては、文部科学省において、平成 12 年度に学生が卒業までに最低限履修すべき実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する指針（モデル・コア・カリキュラム）が定められ、平成 19 年度及び 22 年度の改定を経て、全ての大学において利用されている。
- 平成 17 年度より、学生が臨床実習開始前に備えるべき能力を測定する共通の標準的評価試験である共用試験（CBT（知識）、OSCE（技能））が全面導入され、全大学において実施されている。

- 現状では、大部分の大学において、臨床実習は5年次から6年次の夏頃まで実施されているものの、実施期間には大きな幅があり、その内容も様々であるが、医学生が診療にチームの一員として参加していく実習を推進するなど、質・量ともに改善していく動きがある。
- 臨床研修修了後の医師の専門教育については、各学会において主体的に取り組まれている。平成23年10月より、厚生労働省において、「専門医の在り方に関する検討会」が開催され、臨床研修修了後の医師の専門研修の在り方と地域医療の安定的確保について議論されている。

#### <論点>

- ・ 卒前教育、臨床研修、専門研修の連続性の観点から、
  - 卒前教育の在り方について、どう考えるか。
  - 専門医の養成の在り方について、どう考えるか。

#### 【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・ 卒前教育との継続性を考慮しつつ、卒後教育において、モデル・コア・カリキュラムのようにコンピテンシーの概念をさらに取り入れるべきではないか。
- ・ 臨床研修の動向を踏まえ、卒前教育における参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）をさらに充実すべきではないか。
- ・ 卒前、臨床研修、後期研修については、その一貫性を踏まえつつ、国が認証した第三者機関において適切に臨床研修の定数を調整する必要があるのではないか。