

医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ
～論点整理（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

(現状)

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

<論点>

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

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

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

2) 到達目標

(現状)

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

<論点>

(到達目標の内容)

- ・基本理念や社会情勢、関係者の評価等を踏まえ、現在の「行動目標」及び「経験目標」について、どう考えるか。
- ・コンピテンシー（行動に結びつく核となる能力）を踏まえた到達目標の在り方について、どう考えるか。
- ・「経験目標」における「経験すべき疾患・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)

- ・到達目標については、諸外国の状況も踏まえ、単に経験したか否かではなく、状況に応じて適切な行動がとれるかどうかを評価するという「コンピテンシー（知識、技術、態度などを統合した行動に結びつく能力）」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。
- ・経験目標については、例えば発熱はその原因疾患が多様であることを踏まえ、目標の設定を工夫してもよいのではないか。
- ・到達目標は、卒前教育との連続性に配慮し、例えば分娩は卒前の臨床実習のうちに経験する等、医学部5、6年生の臨床参加型実習を促進することによって、卒前卒後の4年間で考える必要があるのではないか。
- ・男女共同参画の観点から、平成22年に医学教育モデル・コア・カリキュラムに「医学、医療、科学技術の進歩と社会の変化やワークライフバランスに留意して、医師としてのキャリアを継続させる生涯学習者としての能力を身に付ける」等が盛り込まれたこともあり、臨床研修の到達目標にも、同様の趣旨の目標を入れるべきではないか。

(評価手法)

- ・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

(現状)

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

-医師法 第16条の2 第1項-

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

<論点>

- ・現在の臨床研修の研修期間（2年以上）について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・卒前教育との関係があるかもしれないが、現状では、臨床研修の期間は、基本理念等に照らすと2年間で適当ではないか。

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

(現状)

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

<論点>

- ・現行の必修、選択必修とする診療科について、どう考えるか。

【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と。
- ・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と。

② 各研修診療科の研修期間

(現状)

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

<論点>

- ・ 必修診療科の研修期間（特に、在宅医療を含めた地域医療研修）について、どう考えるか。
- ・ 選択必修診療科の研修期間について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

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

2) 必要な症例

(現状)

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

＜論点＞

（年間入院患者数）

- ・ 臨床研修の「到達目標」を達成するための必要な症例の確保に向け、引き続き「3,000人以上」の基準を設けることについて、どう考えるか。
- ・ 一定の症例数を確保するには大病院が望ましいという見方がある一方、中小病院のほう
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るという見
方があることを踏まえ、どう考えるか。
- ・ 訪問調査については、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。
- ・ 研修医1人当たり症例数を考慮することについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

（年間入院患者数）

- ・ 年間入院患者が3,000人未満の基幹型病院については、訪問調査等を踏まえつつ、臨床研修病院
群での状況も考慮して、柔軟に評価すべきではないか。
- ・ 訪問調査は入院患者数にかかわらず有効であり、3,000人以上の大規模な病院にも適用を広げては
どうか。

（その他の症例数）

- ・ 必要な症例については、研修医1人当たりの症例数（入院患者数、救急症例数、手術件数等）に
ついては考慮が必要ではないか。
- ・ 研修医1人当たりの症例数は、基幹型のみではなく協力型を含めた病院群全体で考える必要があ
るのではないか。また、どのような数値目標が適切かは議論が必要ではないか。
- ・ 救急患者数の少ない病院においても、一律に基準を設けるのではなく、外来や地域医療等の視点
から包括的に評価する必要があるのではないか。

3) 指導・管理体制

（現状）

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

<論点>

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

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・研修先には指導医がいることが原則であり、少なくとも必修科目の診療科には必要ではないか。）

4) 募集定員の設定

① 募集定員の設定方法

(現状)

- 現在、全国研修医総数を、「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方に、「③地理的条件を勘案した数」を加えた数を都道府県別の募集定員の上限として設定している。
- 各都道府県では、上記上限の範囲内で、各病院の定員を調整することが可能となっている。
- 平成25年度末までの激変緩和措置として、都道府県の募集定員の上限は、前年度の受入実績の90%を下回らないようにしている。
- また、各病院の募集定員については、過去3年間の研修医の受入実績の最大値に医師派遣（指導医等の医師を派遣している場合に、その派遣実績を踏まえて定員を加算）等の実績を勘案した上で、都道府県の上限との調整を行い設定している。
- 平成25年度末までの激変緩和措置として、それぞれの病院の募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにしている。
- 募集定員が20人以上の病院は、小児科・産科のプログラム（募集定員各2人以上）を設けることとされている。

<論点>

(各都道府県の募集定員)

- ・地域医療への影響も踏まえ、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

(各都道府県の募集定員)

- ・ 募集定員と研修希望者数のギャップは問題であり、おおむね一致させることが望ましいのではないかと。
- ・ 募集定員と研修希望者数をほぼ一致させた場合、良い意味での研修病院間の競争がなくなり、研修の質という点で、問題が出てくるのではないかと。
- ・ 都道府県の募集定員については、単なる人口ではなく、医療ニーズをより有する高齢者人口にも配慮する必要があるのではないかと。
- ・ 都道府県毎だと人口が違いすぎるので、ブロック毎に大枠の定員を決めてもいいのではないかと。
- ・ 都道府県の定員については、他県への医師派遣、他県の医師育成を担っている都道府県もあるため、定員設定に際し何らかの考慮が必要ではないかと。
- ・ 他都道府県も含んだ病院群を形成している場合、募集定員の上限が、基幹型の所在する都道府県に限定されるのは必ずしも妥当ではないのではないかと。

(各研修病院の募集定員)

- ・ 各病院の募集定員については、DPC データなども活用し、救急や重篤な疾患などの指標を定め、患者数や罹患状況から割り当てていくという設定方法も考えられるのではないかと。

② 地域枠への対応

(現状)

- 地域の医師確保のため、各大学において、地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学者選抜枠（いわゆる地域枠）が設けられている。平成 23 年度には、67 大学において計 1,292 名分の地域枠が設定されている。
- なお、「地域枠」には、卒業後の勤務条件は特に定められていないものや、臨床研修を、指定された特定の医療機関、または自分の選択する都道府県内の医療機関などで実施することが条件づけられているもの、卒後の勤務条件がないものなど様々な形態がある。
- 現在、募集定員の設定においては、地域枠学生に対する特別な配慮は行っていない。（定員の内数として算入している）
- 他県に係る地域枠であっても、当該大学の所在都道府県の募集定員に反映されている。

- 地域枠の学生も、地域枠以外の学生（一般枠の学生）と同様に、マッチングに参加して臨床研修を行う病院を決定している。（現在、自治医科大学と防衛医科大学校は、マッチングに参加せず、個別に調整を行っている。）

<論点>

（地域枠と都道府県の募集定員）

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

（地域枠とマッチング）

- ・ 地域枠の学生とマッチングとの関係について、どう考えるか。
- ・ 地域枠をマッチングの別枠にすることは、マッチングの公平性等の観点からは望ましいものではなく運用で弾力的に対応すべきであるという見方がある一方で、確実な地域医療の従事の観点からは別枠にすべきという見方があることについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

（地域枠と都道府県の募集定員）

- ・ 医学部定員増に基づく、地域での従事義務がある地域枠の学生は、当該地域で研修を行うことに配慮した制度設計が必要ではないか。
- ・ 地域医療の安定的確保は重要であり、臨床研修においても、地域・診療科偏在を是正する効果を十分考慮する必要があるのではないか。

（地域枠とマッチング）

- ・ 地域枠をマッチングの別枠にすることは、マッチングシステム自体の公平性等の観点を踏まえると、慎重に考えるべきではないか。マッチングの枠内とした上で、仮にアンマッチなどの問題が生じた場合には、例外的に病院に定員を上乗せするなどの弾力的な運用により対処すべきではないか。
- ・ 医学部定員増に伴う地域枠については、マッチングの枠内で、研修希望者と各病院との間に、医師確保対策の一環として都道府県の地域医療支援センター等が入ることにより、調整すればよいのではないか。
- ・ 地域枠は様々な形態があるため、その全てではなくとも、例えば医学部定員増に伴い奨学金の貸与を受けた地域枠等の範囲を定めた上で、当該地域枠は、マッチングとは別枠で考えるべきではないか。

5) 研修医の処遇等の確保

(現状)

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

<論点>

(給与・手当)

- ・ 研修医の給与・手当の状況について、どう考えるか。

(労働環境)

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

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・ 病院経営上の戦略により、比較的高額な給与で研修医に過酷な労働を強いている病院があるようであり、臨床研修制度の理念に照らし、このような状況に留意が必要ではないか。
- ・ 研修医に過酷な労働を強いている病院がある場合、院内に研修医がみずから申し出てその状況を改善できるような仕組みが求められるとともに、国としてもそのような病院に指導できるような仕組みが必要ではないか。
- ・ 処遇の目安として、司法修習生等に準じて考えれば良いのではないか。
- ・ 諸外国でも、研修医の処遇は日本円に換算して300万円台程度であることもあり、処遇について、非常に極端な病院については、指導できる仕組みがあるといいのではないか。また、第三者評価のところで調査することも一つの方法ではないか。
- ・ 給与のみならず時間外手当、住宅手当なども含め、それらの条件が悪い病院はマッチ率が低い傾向もあることから、逆に処遇条件が悪すぎるというのも問題ではないか。

6) その他

① 臨床研修病院群の形成

(現状)

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

<論点>

- ・臨床研修病院群の在り方について、どう考えるか。
- ・大学病院を含めた臨床研修病院群の形成を指定の要件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）については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるようにすることについて、どう考えるか。
- ・臨床研修病院群の形成において一定の病院数を要件とすることについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・病院群においては、基幹型病院で研修の8割程度は経験できることが望ましく、それが可能な基幹型病院がある程度の定員数を持ち研修医を育てた方が効率的ではないか。
- ・卒前、臨床研修、専門研修との連続性、研究医の確保、離島・へき地医療の確保の観点から、大学病院について、病院群の中に基幹型或いは協力型として必ず入ることが望ましいのではないか。
- ・協力型で大学を必ず入れるとなると、複数の大学出身者を受け入れている臨床研修病院は、各大学とのかなりの調整の手間がかかることとなり、また、あえて大学以外の場を望んで臨床研修病院を希望している研修医もいることから、現実的ではないのではないか。
- ・病院群においては、研修の質が確保できるよう十分な指導体制が備わっていることが前提となるのではないか。
- ・病院群の地理的範囲については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるよう、過度に縛りがいいことが良いのではないか。

② 第三者評価

（現状）

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

<論点>

- ・第三者による評価の在り方について、どう考えるか。
- ・第三者評価を無作為抽出での訪問調査により行うことについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・現在、病院の質を評価する仕組みがいくつかあるので、何かしらの評価を受けることがよいのではないか。
- ・例えば感染症対策では複数の病院間で相互チェックを行う仕組みがあり、臨床研修でも同様な評価手法があってもいいのではないか。
- ・研修管理委員会には外部の医師、有識者も入ることとなっているので、研修管理委員会を適切に運営すれば、実質的なクオリティコントロールが期待できるのではないか。・全ての病院が第三者評価を受けることは物理的に難しい可能性があり、無作為抽出での訪問調査などが現実的ではないか。

③ 都道府県の役割

(現状)

- 現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、地域医療の確保のための協議や施策の実施に参加するよう都道府県から求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとされている。
- 地域における臨床研修病院群の形成を促進するため、都道府県は、管轄する地域における各病院の募集定員について、各病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して必要な調整を行うことができるとされている。
- 都道府県、或いは臨床研修病院、大学病院、特定非営利活動法人（NPO）等において、臨床研修に関して関係者が協議する場（地域協議会）を設け、臨床研修の質の向上、研修医の確保、研修医の募集定員の調整、指導医の確保・養成、臨床研修病院群の形成について協議、検討することが望ましいこととされている。

<論点>

・ 地域協議会の活用の在り方を見直す等、都道府県の役割や権限の明確化を図ることについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・ 現状では、各都道府県で体制が大きく異なるが、主体的に調整を行っている先進的な都道府県も参考としつつ、都道府県における調整などの役割は明確に示すことにより、全体を底上げする必要があるのではないか。
- ・ 各都道府県に、研修プログラム等について、有識者や県民代表などが参加し地域の実情を踏まえ調整していくための医師研修機構などの仕組みを設けることが考えられるのではないか。

④ 制度運用上の問題

(現状)

- 現行では、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。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

(基幹型臨床研修病院の指摘にかかる再申請)

・ 受入実績がないことによる指定の取消直後の再申請については、一定期間認めないというより、協力型として実績を積んでから基幹型へ再申請するという運用も考えられるのではないか。

(指導医講習会)

・ 指導医が指導医講習会の受講済みであることは重要であり、指定申請に際しては必要条件となるのではないか。

3. 中断及び再開、修了について

(現状)

- 臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を中止することであり、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としたものである。
- 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

- ・研修を中断するという判断は難しいが、例えばメンタルヘルス上の問題により療養が長期にわたった場合、研修医は中途半端な状態で留め置かれるということにもなりえるので、そのような研修医のためにも、期間についての一定のルールを定めた方を良いのではないか。
- ・中断に際しては、特に女性の結婚や出産を考慮すると、ある程度柔軟に対応できることが望ましいのではないか。
- ・中断者の受入は非常に大変であり、研修医のみならず、病院側からのクレームも含め、裁定委員会のようなものが必要ではないか。
- ・臨床研修期間中の海外留学等の扱いも検討してはどうか。
- ・マッチ率の高い病院は、出産育児への支援体制が整っている印象があり、女性医師を中心とした出産育児の支援体制の整備をさらに進めるべきではないか。

4. その他

1) 地域医療の安定的確保

(現状)

- 地域医療の安定的確保に向け、平成 22 年度の臨床研修から、
 - ・都道府県ごとに、人口、医師養成数、面積当たりの医師数などの地理的条件を勘案した募集定員の上限を設ける
 - ・地域医療の研修を必修とし、へき地・離島診療所、中小病院等における研修を一定の期間以上行うこととする
 - ・臨床研修病院の募集定員について、指導医等の医師を派遣している場合には、その派遣実績を踏まえて定員を加算するなどの制度の見直しを図っている。
- また、地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成の促進を図ることとしている。

<論点>

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

(再掲) 【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・地域医療の安定的確保は重要であり、臨床研修においても、地域・診療科偏在を是正する効果を十分考慮する必要があるのではないか。
- ・都道府県の募集定員については、高齢者人口等の人口構成にも配慮する必要があるのではないか。
- ・医学部定員増に伴う地域枠については、マッチングの枠内で、研修希望者と各病院との間に、医師確保対策の一環として都道府県の地域医療支援センター等が入ることにより、調整すればよいのではないか。
- ・病院群の地理的範囲については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるよう、過度に縛りが無い在り方が良いのではないか。

2) 研究医養成との関係

(現状)

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

<論点>

- ・臨床研修期間中の大学院における研究について、どう考えるか。
- ・臨床研修期間中については基本理念や到達目標を踏まえ臨床研修に集中するべきであるという見方がある一方で、希望に応じて早期に研究に従事することが可能となる弾力的な対応が必要であるという見方があることについて、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

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

3) 関連する医学教育等

(現状)

- 医学教育に関しては、文部科学省において、平成 12 年度に学生が卒業までに最低限履修すべき実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する指針（モデル・コア・カリキュラム）が定められ、平成 19 年度及び 22 年度の改定を経て、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>

・モデル・コア・カリキュラム等の卒前教育との連続性の観点から、臨床研修の在り方について、コンピテンシーの概念を含め、どう考えるか。

・専門医の在り方に関する検討会の方向性を踏まえ、専門教育との連続性の観点から、臨床研修の在り方について、どう考えるか。

【参考】本ワーキンググループでの主な意見

- ・卒前教育との連続性を考慮しつつ、卒後教育において、モデル・コア・カリキュラムのようにコンピテンシーの概念をさらに取り入れるべきではないか。
- ・臨床研修の動向を踏まえ、卒前教育における参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）をさらに充実すべきではないか。
- ・臨床研修は、卒前教育や専門研修との連続性を踏まえつつ、諸外国のように第三者機関において適切に研修医の定数を調整する必要があるのではないか。