

中断及び再開、修了等に関する論点

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。

<本部会での主な意見>

- ・ 卒前教育や専門医研修なども含め、当部会としてどこまでをどういう方向性で議論するのかについて、一定のコンセンサスを得ておく必要があるのではないか。
- ・ 現在の臨床研修制度導入以降、少子高齢社会、在宅や認知症などがこれまで以上にクローズアップされており、また、三次救急の病院等に患者が集中し疲弊してきており、これらの問題に適切に対応できる医師の育成が社会から求められている。
- ・ 国民のニーズに応えられる医師の養成が重要であり、臨床研修では、どの分野にも共通する基本的な部分(ベース)はおさえておく必要がある。その意味でも、現在の基本理念は外すべきではないのではないか。
- ・ 本来、医師は、一生勉強を続けていくべきであり、どこかがそれをシステムとして担保しておく必要がある。臨床研修は、そのようなシステムの入口であるという意識を持つ必要がある。
- ・ 見直しを議論するにあたっては、臨床研修制度ができた発端を念頭に置く必要がある。
- ・ 臨床研修制度の導入が、大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師派遣機能を低下させた、また、研修医が都市部へ集中する傾向があるといった問題を、前回の見直しでは十分に解決できなかったのではないか。

- ・医師の偏在は大きな問題であるが、地域枠の設定や地域医療支援センターの設置など都道府県内に定着を図っていく取組が行われており、また、専門医の在り方についても別途検討されている。このような状況の下で、臨床研修制度は、基本的には現在行われている方向で検討することが適当ではないか。
- ・臨床研修制度の導入により地域偏在が加速したという意見を否定するものではないが、だからといって、臨床研修制度自体が悪いとは言えないのではないか。
- ・ストレート研修によって非常に専門に特化した医師が増え、日本の医療が少し偏っているのではないかという指摘があつて臨床研修制度が始まった。また、研修病院の選択度が高まったことにより、研修医が都市部に偏在していることも事実だと思うが、以前のような大学による派遣体制が世界標準という訳でもない。これらの状況を踏まえた上で、具体的な方策を考えていく必要があるのではないか。
- ・必要に応じて、関係者からヒアリングする必要があるのではないか。
- ・施行通知の基本理念にある「プライマリ・ケア」という言葉は、診療科等によって意味も変わってくるため、全身管理がきちんとできる、しっかりとした診療、判断ができるような能力を持つというような定義づけが必要ではないか。
- ・コミュニケーション能力という部分も必要ではないか。
- ・現在の文章も「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」「医師としての人格のかん養」とあるので、全体を概ねカバーしているのではないか。
- ・理念としては、「プライマリ・ケア」よりは「ファーストエイド」がふさわしいが、いずれにしてもこれらの言葉がないほうがすっきりするのではないか。
- ・施行通知の基本理念には、「基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けるもの」とあるが、この（ ）書き部分も到達目標で議論すべきことなので、基本理念からは落とした方がすっきりするのではないか。
- ・前回改正の経緯等についてはきちんと検証が必要ではないか。
- ・「プライマリ・ケア」という言葉は医療界に定着しているため、見直すに当たっては慎重な議論が必要ではないか。

【参考】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) 到達目標とその評価

(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（※）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「経験すべき症状・病態・疾患」の種別について、どう考えるか。
- ・ 到達目標を急速な高齢化に対応して見直すことについて、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、どのような取り組みが必要か。

※「コンピテンシー」の定型的な日本語訳はないが、ここでは、例えば「知識、技術、態度などを統合した能力」であって、かつ、「行動として観察できる能力」を想定している。

<本部会での主な意見>

- ・ 臨床研修の2年間は、そもそも「病気」とは何なのかという基本を学ぶべきものという視点が重要ではないか。また、研修修了時に、何が達成できたのかの評価が重要ではないか。ただし、研修制度の見直しの中で医師の配置の話はどこまですべきかを考えるのは非常に難しい。
- ・ 到達目標の具体的項目については、この部会とは別にワーキンググループをつくって検討し、次期見直し時にこだわらず、少しずつ手直ししていくというやり方がいいのではないか。
- ・ 基本的な診療能力を身に付けるためには、全身管理、緊急かどうかを判断できるトリアージが重要であるため、大事なところを重点的に研修するという到達目標とするのがいいのではないか。
- ・ 現状は、評価手法、評価システムが各病院で違うため、標準化、統一化が必要ではないか。
- ・ 医学部の時のCBTなどの共用試験と、国家試験と、臨床研修の到達目標は、ほぼ同じ内容であるため、臨床研修でどこの科にも属さずローテーションするならまた同じことをやるのかということで外の病院に出ようかと思うのもある意味当然である。そうすると（将来のキャリアに対する）指導者のいない医師になってしまう。

・調査によっては、決められたプログラムを修了していないところもある可能性があることから、到達目標の達成については、より厳密な評価を行うべき。

【参考】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」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と。
- ・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と。
- ・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年生の診療参加型臨床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と。
- ・急速な高齢化に向け、例えば認知症への対応などを考慮した到達目標の見直しが求められるのではないかと。
- ・男女共同参画の観点から、医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成22年改訂）において、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こと等が盛り込まれたことを踏まえ、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と。

(評価手法)

- ・症例の経験、レポート作成などの評価が形骸化している恐れもあるため、レポートを構造化して、研修医の経験に対する省察が評価できるものとし、病院同士のレポートの相互チェックなどにより客観的に評価した上で、例えば必修科目で不足する内容は選択科目において補完的な研修を行うなどの工夫が必要ではないかと。
- ・研修修了時だけでなく、形成的評価を途中で挟みながら、望ましい研修としていくことが必要ではないかと。
- ・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と。
- ・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と。
- ・EPOCの入力上の負担は、到達目標の項目が多岐に亘ることと直結しており、到達目標をよりシンプルなものに見直すことで、負担は軽減するのではないかと。また、近年、タブレット端末やスマートフォン（多機能携帯電話）の普及により、リアルタイムの入力が容易になりつつあり、負担の軽減にも効果が期待できるのではないかと。
- ・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と。

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】ワーキンググループでの主な意見

- ・卒前教育とも関係してくるが、現状では、臨床研修の期間は、基本理念等に照らすと2年間の適当ではないか。
- ・将来的には、卒前教育が充実すれば、研修期間を例えば1年に短縮することもあり得るのではないか。

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。
- ・現行の弾力化プログラムについて、これを弾力化前に戻すべきとする見方がある一方で、これを継続すべきとする見方があることについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・今回の制度の見直しにあたっては、前回（平成 21 年度）の見直しの評価をしたうえで議論する必要がある。例えば、前回の見直しによりプログラムの弾力化なども行ったが、結果的に大学に行く研修医は増えなかった。
- ・現在は、マニュアル化されていて患者の気持ちが分からない医師が出てきたという面もあり、精神科の研修が足りないことによるものであるため、精神科を必修科目に戻すべきである。
- ・麻酔科は、挿管だけでなく全身管理を経験できる研修に最適な場であり、必修科目とすべきである。
- ・外科の本質は外傷を受けた患者の全身管理であり、それは研修として学ぶべきであり、外科を必修科目とすべき。
- ・現在の弾力化プログラムの自由選択期間について、細切れにいろいろな科をまわるより、専門とする志望科目を決めて早めに専門的な研修を始めた方がいいのではないか。
- ・卒前の医学部教育を充実させたとしても、医師免許を取得してから行う医療は少し意味が違い、ラーニングスピードもかなりの差があるため、卒後研修で行うことは重要である。
- ・細切れのローテーションだと人間関係が希薄になり、必要な胆力を伝えられるメンターを見つけることが難しくなっている。
- ・将来、専門医を目指す人のコースと別のジェネラルなコースをはっきり分けた方がいいのではないか。
- ・診療科という考え方ではなく、基本理念、到達目標を達成するため、全身管理やトリアージというかきちんとした臨床的な判断ができるような症例を経験するという考え方がいいのではないか。その症例を経験するのは何科であってもよいし、複数の科が連動して教育するということでもいいのではないか。
- ・現在行われている手術の麻酔件数のうち、麻酔科医がコントロールしているのは6割ほど。麻酔科医は約 6,000 人なので、5割増し位で麻酔科医が必要だと考えている。
- ・2年間の期間が変わらないのであれば、小児科を必修とすべき。また、今後、卒前教育の中で小児科の臨床実習が充実していくこととなると、臨床研修については旧来のストレート方式が可能ではないか。
- ・臨床研修の基本理念に鑑みると、女性固有の生理的、肉体的、精神的変化を理解し、特に若い女性に多い疾患について一定の診療能力を身に付けるため、産婦人科の研修は重要である。
- ・地球環境が変化する中、次世代に及ぼす影響について、小児科と協力のうえ、子供の成長を胎児から連続にみていくような研修プログラムも必要ではないか。
- ・卒前教育での実習の充実も大変重要であるが、産婦人科は、医師免許を持っていない学生が関与しにくい面があり、免許取得後の研修が重要ではないか。

- ・精神疾患については、自殺対策や認知症の精神症状など一般科も総合失調症も含めた精神疾患に直面しなければならない状況であり、研修医が精神科の研修を行うべき。
- ・精神疾患への対応は、研修というより、精神科とそれ以外の科とがどう診療連携していくかについて、どう教育していくことかということではないか。
- ・医学部5，6年次と2年間の臨床研修とのトータル4年間でプライマリ・ケア能力の修得を目指すこととし、臨床研修は、内科、救急医療、地域医療（小児医療、高齢者医療を含む）、精神医療を必修とし、2年目は将来専門としたい診療科を中心に研修を行う仕組みとすべき。
- ・基本理念と到達目標が以前と同様である以上、それを達成するためには、弾力化する前のプログラムに戻した方がより望ましいのではないか。
- ・現場の例でいうと、できるだけ多くの診療科を経験してもらいたいと思う一方、自分が進むべき道を見極めるための研修をいう意見もあるため、ある程度、自由に選択できるプログラムとしてるところがある。その結果としては、多くの診療科を経験しているようだ。

【参考】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、7科目必修に戻すことも含めて必修科目を見直す必要があるのではないか。
- ・例えば、産婦人科において、臨床研修中に出産を何回か経験することが、将来的に産婦人科以外の分野で役に立つか否かは疑義があり、現実には出産の際の単なる労働力確保のような形になっているのではないか。
- ・産科や小児科は卒前の診療参加型臨床実習などで行っていれば十分との意見があるが、国民の視点からは、医師免許の取得の前後で大きく異なるものと考えられ、臨床研修においても適切に経験すべきではないか。
- ・外科、産婦人科、小児科、精神科などは、必修という形でなくとも、それらの研修を行うことが望ましいというように推奨する形でよいのではないか。

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>

- ・必修診療科目の研修期間（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。
- ・選択必修科目の研修期間について、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・麻酔科を必修科目とする場合は、最低3ヶ月は必要だと考える。
- ・外科を必修科目とする場合は、少なくとも3ヶ月は必要だと考える。
- ・小児科を必修科目とする場合は、最低2ヶ月、できれば3ヶ月は必要だと考える。
- ・産婦人科を必修科目とする場合は、研修1年目に少なくとも1ヶ月は必要だと考える。
- ・精神科を必修科目とする場合は、少なくとも1ヶ月程度は必要だと考える。

【参考】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年目には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、年間入院患者数が3,000人未満の病院だけでなく、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)

- ・現行の診療科ごとの必要症例数の取り扱いについて、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。

<本部会での主な意見>

- ・プライマリケアや診断能力を高めるためには、現在の指定基準にあるような必要な症例数という数の話ではなく、研修医が、様々な病気を様々なフェーズで診られるような状況を作ることが重要ではないか。
- ・研修病院については、小さな病院でも熱心な指導者がいるところもあるが、一般論としては、700床程度以上の病院であれば症例数を確保できるのではないか。
- ・現在でも3,000人未満の病院へ訪問調査を行っており、概ね問題ないという結果ではなかったか。
- ・現在の訪問調査は、既指定の基幹型臨床研修病院に対するものであり、新規の病院に関するデータはないのではないか。
- ・数の議論よりも、研修の質を上げるための仕組みの議論をすべきである。例えば、複数診療科がチームとして協力できる体制とすることや、複数病院がしっかりと病院群を形成することが重要である。
- ・訪問調査により個々の病院を評価することが有効ではないか。
- ・現在は、3,000人以上いる病院には訪問調査は入っておらず、また、外部評価システムも確立されていない。指定基準は、第三者の評価と併せて議論すべき。
- ・仮に3,000人以上であったとしてもそれだけで良しとするのではなく、何らかのチェック・評価は必要ではないか。
- ・3,000人という数字が合理的かどうかは議論があるが、何らかの数の基準は必要ではないか。仮に3,000人を基準とするにしても、訪問調査は3,000人未満だけを対象とするのでは不十分である。
- ・入院患者数で割りきれものではないため、研修内容、研修の質を評価した上で、内容に基づいて指定基準を考える必要があるのではないか。

【参考】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人未満の基幹型臨床研修病院については、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)についても考慮が必要ではないか。
- ・研修医1人当たりの症例数は、基幹型臨床研修病院のみではなく協力型臨床研修病院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>

- ・現行の指導・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。

<本部会での主な意見>

- ・現在の臨床研修は、様々なところをローテーションするため、ヒューマンコンタクトが希薄になっている。どこかが長期にわたって責任をもって育てるようなシステムを作る必要がある。
- ・臨床研修制度上は、責任をもって研修を行うためのプログラム責任者という役割が位置付けられており、このような仕組みを成熟させていく必要がある。

- ・以前は、大学の医局で医師個人のキャリア形成を支援していたが、現制度が導入されて研修病院を自由に選べるようになったことで、帰学者以外は、キャリア形成支援に責任を持つ人がいなくなった。
- ・将来的には、現在の都道府県の地域医療対策協議会や地域医療支援センター等を充実・統合し、臨床研修後の就業先、その後の異動や配置についても継続してキャリア形成支援を行うシステムが必要ではないか。
- ・かつては、まずは大学の医局に所属するものだという意識があったが、現在は医師になったら所属は完全に自由だと考える人が増えている。
- ・指導医はもちろんのこと、今まで以上にきちんとしたプログラム責任者を養成する必要。
- ・現場の例でいうと、小さな病院では診療科同士が仲が良く、研修医がある診療科をまわっている間に、他科の先生達もその教育に大きく関与してもらっているということも現実に行われている。

【参考】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（病院独自に必修としているものを含む。）科目の診療科には指導医が必要ではないか。

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、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措置）について、どう考えるか。

(各研修病院の募集定員)

- ・臨床研修病院の募集定員の算定について、例えば、医師派遣加算において派遣先が医師不足地域である場合や、医師不足地域の協力型臨床研修病院と連携している場合を加味することなどについて、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。
- ・小児科・産科特例プログラム加算について、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・地方で研修医が増えているといっても、循環型でまわっているのではなく、研修病院にいて、学会や研修会などにも参加しないという人が増えている。
- ・研修希望者は出身大学を通じて研修病院を調整・選定するとともに、各都道府県ごとに関係者からなる合議体を設置して、全国ベースで研修希望者数と概ね一致するような募集定員を設定するシステムを構築すべきである。
- ・激変緩和措置については、予定どおり廃止すべき。
- ・都道府県別の募集定員の上限については、人口の分布や高齢者などを勘案したスキームで、漸次、定員と受入実績の差を縮めていく必要があるのではないか。
- ・都道府県上限の設定の際、高齢者の人口や人口当たりの医師数なども加味することも検討すべきではないか。
- ・全体の研修希望者数と募集定員の差については、あまり差を縮めてしまうと、アンマッチの数が多くなるという問題が生じる恐れがあるため、慎重な検討が必要ではないか。
- ・都市部の都道府県上限を更に削減することについては、都市部としての役割もあることから、慎重に検討する必要がある。
- ・地域偏在の観点からは、激変緩和措置の廃止に加えて何らかの工夫をすることで、例えば 1.1 倍程度となるように募集定員を減らしていかなければ実効性がないのではないか。

【参考】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、これらの数を概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。
- ・都道府県ごとだと人口が違いすぎるので、ブロックごと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、基幹型臨床研修病院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。
- ・激変緩和措置の廃止については、軟着陸が可能となるような措置の検討も必要ではないかと。

(各研修病院の募集定員)

- ・現在、医師不足地域の協力型臨床研修病院に研修医を出している都市部の基幹型臨床研修病院が多いが、激変緩和措置の廃止に伴い、医師不足地域から研修医を引き上げることも想定されるため、医師不足地域にも研修医が行くことを促進するような制度設計が必要ではないかと。
- ・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。
- ・小児科・産科特例プログラムは、定員に対してマッチ者数が半分強程度であり、研修修了後に7割程度しか小児科・産科を希望しておらず、また、小児科・産科を必ずしも希望していない者がマッチしている可能性もあることから、今後は病院に義務付ける必要はないのではないかと。

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については、マッチングの公平性等の観点からは別枠にはせずに弾力的な運用で対応すべきとする見方がある一方で、地域医療への従事を確実にする観点からは別枠にすべきとする見方があることについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・ 地域枠も様々なタイプがあるが、その取扱いについて、きちんと設計しておく必要があるのではないか。
- ・ 地域枠の学生も、基本的にはマッチングの枠内とすべき。ただし、都道府県内で微調整できる仕組みの検討が必要ではないか。
- ・ 地域枠をマッチングから外すこととすると、様々な意味でのクオリティ・コントロールができなくなるのではないか。
- ・ いわゆる地域枠の学生は、自治医大生とは異なり、一般学生と同じ内容の教育を受けており、卒業後の進路のところだけマッチングから外して固定すると、どうしても競争原理が働かなくなるため、少なくとも県内では一般学生との競争は必要ではないか。
- ・ 地域枠を設定している多くの県では、フルマッチはほとんどないため、ある病院にはマッチしなくても、県内の他の病院へは行けるはずであり、そういう意味では、地域枠の学生もマッチングの枠内として一定の競争はさせるべきではないか。

【参考】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）

- ・ 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、地域枠をマッチングの別枠にすること

については慎重に考えるべきではないか。

- ・地域枠を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。ただし、その場合は、該当者の能力を確認し、研修を開始する上で問題がないと判断できる場合に限るべきではないか。
- ・アンマッチの場合等に例外的な運用を行ったり、後で救済措置を講じたりすることは、かえって公平性を損ねることになるのではないか。
- ・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、都道府県の地域医療支援センター等が入って調整すればよいのではないか。
- ・地域枠に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、マッチングとは別枠で考えるべきではないか。
- ・現在の自治医科大学卒業生の取り扱いとの公平性も考える必要があるのではないか。また、その数が多く、定員枠が地域枠で埋まってしまうような場合は何らかの対応が必要ではないか。

ー以下、今回のご議論部分ー

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。

<本部会での主な意見>

- ・制度導入後、研修医の身分や意識が変わり、待遇もかなり良くなった。他方、指導医や大学医局との関係、いわゆる師弟関係の醸成が十分にできなくなった面もある。
- ・研修医は労働力ではないと言われるが、実際の現場では、研修医の立場について、様々が意見がある。
- ・研修医を労働者として位置づけたことが、足かせになっている面があるのではないか。例えば、当直の翌日に仕事をする事などは医師としては当たり前のことではないか。

- ・今の学生は、手間のかかる診療科を敬遠する傾向がある。研修医として、先輩より処遇が良く、先輩より早く帰れるなど、医師としてのモラルを壊してしまった。後期研修で大学に残っても、学位の取得の気運は低下している。今のままだと、屋根瓦方式もなくなり、困難事例も知らず、恩師のいない教育となり、フローティングの医師が更に増加し、日本の医療が衰退してしまう。人に誠意を尽くす仕事だという原点に戻る必要がある。
- ・小さな病院でも、医局員や研修医、事務職員、他のスタッフの集まる場所をワンフロアに配置し、研修医が研修の合間に様々な職種と交流することで、診療内容だけでなく病院全体の仕組みや病院の活動そのものを理解してもらうような工夫をしている例もある。

【参考】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を踏まえ、極端な処遇をしている病院に対しては、指導ができる仕組みがあるといいのではないか。また、第三者評価の際に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た処遇の悪い病院はマッチ率が低い傾向があり、処遇条件が悪すぎるといのも問題ではないか。

ー 以下、前回ご議論部分ー

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とすることについて、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。
- ・医師不足地域の協力型臨床研修病院との連携を推進することについて、どう考えるか。

<本学会での主な意見>

- ・臨床研修病院群の形成は重要な課題であるが、現在、例えば、隣の病院との2病院だけで群といっているものや、協力病院が全国にまたがっているものなど様々であり、議論が必要ではないか。
- ・例えば、リハビリの病院や在宅クリニックと連携し、訪問診療や看取りなどの在宅での研修も重視している病院もある。
- ・地域や病院の規模というよりも、どのような内容の病院群であるかが重要であり、例えば、第三者評価などで、病院群全体の研修体制として評価していくことが大切ではないか。
- ・現在は病院の機能が分化しており、大学病院、地域の中核病院、地域の病院ではそれぞれ診る患者が異なる。様々な症例を経験させるためには、様々な機能の病院をミックスした病院群とすべきであり、そのことを外形基準とする必要があるのではないか。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・病院群においては、基幹型臨床研修病院で研修の相当程度は経験できることが望ましく、基幹型臨床研修病院が、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臨床研修病院又は協力型臨床研修病院として必ず入ることが望ましいのではないか。
- ・大学病院を必ず入れることについては、複数の大学出身者を受け入れている臨床研修病院にとっては、各大学との調整に相当の手間がかかり、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適切ではないか。

ー以下、今回のご議論部分ー

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旨とするとしている。

＜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。

＜本部会での主な意見＞

- ・ 第三者による評価をどのようにしていくかについても念頭に置いて議論する必要があるのではないかと。
- ・ 第三者評価については、義務付けはしないまでも何らかの条件の1つとすべきではないかと。
- ・ 第三者評価については、まずは、現在よりも強い意味での努力目標とし、最終的には、研修病院に第三者評価を義務付ける方向とすべきではないかと。

【参考】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、これらを活用して何らかの評価を受けることがよいのではないかと。
- ・ 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、臨床研修でも同様の評価手法があってもいいのではないかと。
- ・ 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と。
- ・ 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と。

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、あるいは臨床研修病院、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。

<本部会での主な意見>

- ・ 都道府県の役割について議論する必要がある。

【参考】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を明確に示すことにより、全体的な調整能力を底上げする必要があるのではないか。
- ・ 医療計画においても二次医療圏ごとに医師の確保等について目標設定し評価することになるので、臨床研修についても、このような二次医療圏ごとの取り組みが進められるべきではないか。
- ・ 都道府県の地域医療支援センターなどの役割を強化しつつ、調整がうまくいっている都道府県などの好事例も参考として共有してはどうか。
- ・ 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各都道府県に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、研修医の受入実績が2年なかったことにより指定を取り消された病院が、翌年すぐに再申請することが可能となっている。
- また、指導医講習会については、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定に係る再申請)

- ・ 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り扱いについて、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。

<本部会での主な意見>

- ・指導医講習会は、研修病院としての指定前に受講していることが必須ではないか。

【参考】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定に係る再申請)

- ・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、協力型臨床研修病院として実績を積んでから基幹型臨床研修病院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受講済みであることが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ている。
- 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ている。

<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。

<本部会での主な意見>

- ・ 中断者、特に女性の中断者の扱いについて丁寧に議論する必要がある。
- ・ 女性医師への対応、妊娠、出産後の育児のサポート等は大変重要である。
- ・ 出産等に関連して、現在の休止期間（90日）との関係も議論が必要ではないか。
- ・ 研究医との関係も踏まえると、中断を積極的に行う場合を想定し、一定期間は基礎研究へ行って再び研修に戻って来ることができるような制度設計も考える必要があるのではないか。
- ・ 中断に関連して、ローテーションで環境が変わるときに、適応しやすい人と全く適応できない人がいる。環境に適応できない人が必ずしも医師に向かないという訳ではないため、何らかの検討が必要ではないか。

【参考】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こととなるため、そのような研修医のためにも、研修を中断する時期についての一定のルールを定めた方がよいのではないか。
- ・ 中断に際しては、特に女性の結婚や出産を考慮すると、一律のルールを設けるよりも、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取り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り組みについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見（再掲）>

- ・臨床研修制度の導入が、大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師派遣機能を低下させた、また、研修医が都市部へ集中する傾向があるといった問題を、前回の見直しでは十分に解決できなかったのではないかと。
- ・医師の偏在は大きな問題であるが、地域枠の設定や地域医療支援センターの設置など都道府県内に定着を図っていく取組が行われており、また、専門医の在り方についても別途検討されている。このような状況の下で、臨床研修制度は、基本的には現在行われている方向で検討することが適当ではないかと。
- ・臨床研修制度の導入により地域偏在が加速したという意見を否定するものではないが、だからといって、臨床研修制度自体が悪いとは言えないのではないかと。
- ・ストレート研修によって非常に専門に特化した医師が増え、日本の医療が少し偏っているのではないかと指摘があつて臨床研修制度が始まった。また、研修病院の選択度が高まったことにより、研修医が都市部に偏在していることも事実だと思うが、以前のような大学による派遣体制が世界標準という訳でもない。これらの状況を踏まえた上で、具体的な方策を考えていく必要があるのではないかと。
- ・医学部の時のC B Tなどの共用試験と、国家試験と、臨床研修の到達目標は、ほぼ同じ内容であるため、臨床研修でどこの科にも属さずローテーションするならまた同じことをやるのかということと外の病院に出ようかと思うのもある意味当然である。そうすると（将来のキャリアに対する）指導者のいない医師になってしまう。
- ・地方で研修医が増えているといっても、循環型でまわっているのではなく、研修病院にいてだけで、学会や研修会などにも参加しないという人が増えている。
- ・今の学生は、手間のかかる診療科を敬遠する傾向がある。臨床研修で、最初から先輩より高い給与をもらい、先輩より早く帰れるということで、医師としてのモラルを壊してしまった。後期研修で大学に残っても、学位の取得の気運は低下している。今のままだと、屋根瓦方式もなくなり、困難事例も知らず、恩師のいない教育となり、フローティングの医師が更に増加し、日本の医療が衰退してしまう。人に誠意を尽くす仕事だという原点に戻る必要がある。
- ・研修医の将来のキャリアへの円滑な接続を図るため、卒前・卒後のシームレスな医師養成を目指し、医学部教育を更に充実させ、募集定員及び研修病院の在り方を見直す必要がある。現在は、卒後に一度切れてしまうため、大学病院から地域へ医師派遣し養成していくという循環型がいいのではないかと。
- ・現在行われている手術の麻酔件数のうち、麻酔科医がコントロールしているのは6割ほど。麻酔科医は約6,000人なので、5割増し位で麻酔科医が必要だと考えている。

- ・研修希望者は出身大学を通じて研修病院を調整・選定するとともに、各都道府県ごとに関係者からなる合議体を設置して、全国ベースで研修希望者数と概ね一致するような募集定員を設定するシステムを構築すべきである。
- ・将来的には、現在の都道府県の地域医療対策協議会や地域医療支援センター等を充実・統合し、臨床研修後の就業先、その後の異動や配置についても継続してキャリア形成支援を行うシステムが必要ではないか。
- ・激変緩和措置については、予定どおり廃止すべき。
- ・都道府県別の募集定員の上限については、人口の分布や高齢者などを勘案したスキームで、漸次、定員と受入実績の差を縮めていく必要があるのではないか。
- ・都道府県上限の設定の際、高齢者の人口や人口当たりの医師数なども加味することも検討すべきではないか。
- ・全体の研修希望者数と募集定員の差については、あまり差を縮めてしまうと、アンマッチの数が多くなるという問題が生じる恐れがあるため、慎重な検討が必要ではないか。
- ・都市部の都道府県上限を更に削減することについては、都市部としての役割もあることから、慎重に検討する必要がある。
- ・地域偏在の観点からは、激変緩和措置の廃止に加えて何らかの工夫をすることで、例えば 1.1 倍程度となるように募集定員を減らしていかなければ実効性がないのではないか。
- ・地域枠の学生も、基本的にはマッチングの枠内とすべき。ただし、都道府県内で微調整できる仕組みの検討が必要ではないか。
- ・地域枠をマッチングのから外すこととすると、様々な意味でのクオリティ・コントロールがなくなるのではないか。
- ・いわゆる地域枠の学生は、自治医大生とは異なり、一般学生と同じ内容の教育を受けており、卒後の進路のところだけマッチングから外して固定すると、どうしても競争原理が働かなくなるため、少なくとも県内では一般学生との競争は必要ではないか。
- ・地域枠を設定している多くの県では、フルマッチはほとんどないため、ある病院にはマッチしなくても、県内の他の病院へは行けるはずであり、そういう意味では、地域枠の学生もマッチングの枠内として一定の競争はさせるべきではないか。
- ・例えば、リハビリの病院や在宅クリニックと連携し、訪問診療や看取りなどの在宅での研修も重視している病院もある。
- ・地域や病院の規模というよりも、どのような内容の病院群であるかが重要であり、例えば、第三者評価などで、病院群全体の研修体制として評価していくことが大切ではないか。
- ・現在は病院の機能が分化しており、大学病院、地域の中核病院、地域の病院ではそれぞれ診る患者が異なる。様々な症例を経験させるためには、様々な機能の病院をミックスした病院群とすべきであり、そのことを外形基準とする必要があるのではないか。

【参考】ワーキンググループでの主な意見（再掲）

- ・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、都道府県の地域医療支援センター等が入って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、過度に縛りが無いことが適切ではないか。

ー 以下は、次回以降のご議論ー

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する見方がある一方で、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する見方があることについて、どう考えるか。

【参考】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。
- ・必修・選択必修科目は適切に行った上で、選択科目の期間に、臨床研究を中心に研究などに触れることを許容してもよいのではないか。
- ・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。
- ・研究者としてのキャリアパスを考慮した際、大学院入学の時期が、他学部の者に比べ医学部出身者が遅れてしまうのは得策ではなく、早期から研究マインドに触れることが可能となるように、卒前教育、臨床研修において配慮すべきではないか。

- ・臨床研修修了後に大学院に進学することを希望する場合、事前に進学先の大学院を探すための活動が非常に難しいので、臨床研修への専念義務を過度に厳格に解するのではなく、キャリアの接続が円滑になるような取り扱いが適当ではないか。
- ・研究医養成については、全員に求める必要はなく、一定数の若手医師が、研究マインドを維持できるような配慮が求められるのではないか。
- ・研究医が減少していることは、臨床研修制度というより、処遇の改善などの環境整備の問題が大きいのではないか。
- ・到達目標や研修を行う時間との関係で、臨床研修の専念義務の範囲をどう捉えるかの問題ではないか。
- ・当大学で研修を行うと博士取得までの期間が短くて済むといったように、研究医への配慮が研修医集めの道具にならないように留意する必要があるのではないか。
- ・現在の研修プログラムは堅持した上で、それとは別に、到達目標が達成できるという前提で、研究志向のある者に対してはプラスアルファで何かできるようなコースがあっても良いのではないか。

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 年度の改訂を経て、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研修については、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>

- ・卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム等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。

- ・ 専門医の在り方に関する検討の方向性を踏まえ、専門研修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。

<本部会での主な意見>

- ・ 現在は、医学部でのC B T、国家試験及び臨床研修の到達目標の内容が同じで、ある意味、同じ評価が3回行われている。卒前教育との連動、臨床研修後の生涯教育との連動についても議論が必要ではないか。
- ・ 大学の麻酔科での教育でも、学生と初期研修医と後期研修医と同じことをするというのが現実であり、もう少し工夫ができるのではないか。
- ・ 研修医の将来のキャリアへの円滑な接続を図るため、卒前・卒後のシームレスな医師養成を目指し、医学部教育を更に充実させ、募集定員及び研修病院の在り方を見直す必要がある。現在は、卒後に一度切れてしまうため、大学病院から地域へ医師派遣し養成していくという循環型がいいのではないか。
- ・ 国家試験改革は必要ではあるが、医師として知識も持つておく必要があり、臨床実習は重要ではあるが、その知識のレベルを落とすと医療のレベルも落ちていくことにならないか。
- ・ 医学部4年終了時に試験を課し、何らかの資格を与えたうえで、5、6年次に診療参加型臨床実習を行う。6年次の国家試験は、5、6年次の実習で習得した医学的知識や技能に基づいた適切な臨床推論を行えるかを評価するものとしてはどうか。

【参考】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。
- ・ 卒前にどれほど充実した実習を行っているかが、卒後の研修の必要性に影響するため、医学生が診察を担当する上で、診療参加を意識したスチューデント・ドクターの仕組みを定着させるなどの対応が求められるのではないか。
- ・ 国家試験は、臨床研修の開始の許可としての一面もあるため、知識ばかりではなく、態度、技能を含めた臨床関係の設問を増やすなど臨床面の評価の充実が必要ではないか。そのような対応が難しいのであれば、国家試験の知識を問う問題数を減らし、受験生の負担を減らした上で、卒前のOSCEを充実する必要があるのではないか。
- ・ 卒前のOSCEは大学によって取り組みの程度にばらつきがあるため、その質を平準化する必要があるのではないか。
- ・ 卒前教育や国家試験の改善に伴い、臨床研修に関する所要の見直しもあり得るのではないか。
- ・ 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。

- ・ 卒前教育や国家試験、専門研修との連続性については、今回の見直しにかかわらず、将来的に検討を続けていくべきではないか。