

医師臨床研修部会報告書（たたき台）

1．基本理念と到達目標について

1) 基本理念

<現状>

医師臨床研修制度の基本理念については、「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令」（平成 15 年 12 月 11 日）において、「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。」とされている。

省令を受けて、「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」とさらに詳しく定義されている。

<課題>

基本理念は、制度の根幹となるものであり、引き続き社会情勢やあるべき医師像等を踏まえ、適切なものである必要がある。

<見直しの方向>

社会情勢やあるべき医師像等を踏まえ、医師が将来専門とする分野にかかわらず共通となる基本部分を身に付けるという意味で、「医師としての人格をかん養」「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、堅持することが適当である。

なお、「プライマリ・ケア」の具体的な内容については、医療界においてその解釈が統一されるよう、補足を加えることも考えられる。

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、行動目標(医療人として必要な基本姿勢・態度)、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。

評価手法について、病院によって指導医による評価、EPOC、多職種による評価等様々である。

<課題>

到達目標における「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おり診療能力の評価が十分ではなく、基本理念や社会情勢等を踏まえ、必ずしも適切ではない部分があるとの指摘がある。

評価手法が各病院によって異なっていることにより、臨床研修の修了者の到達度に差異が生じる可能性がある。

到達目標のあり方については、卒前教育や新たな専門医の仕組み等の動向を十分に踏まえる必要がある。

<見直しの方向>

到達目標は、基本理念や社会情勢等を踏まえつつ、その内容等を見直す必要があり、臨床研修の評価についても、現在は評価手法が各病院で異なるため、何らかの標準化が必要である。

なお、到達目標や評価手法については、卒前教育や新たな専門医の仕組み等の動向を踏まえつつ、今次見直しではなく、次回見直しに向け、別途、臨床研修部会の下に検討の場を設けて見直すこととする。

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。

<課題>

研修期間については、卒前教育や専門医の仕組み等の動向を十分に踏まえつつ検討を行う必要がある。

研修の修了については、必ずしも特定の研修期間にこだわる必要はなく、十分な評価体制のもと到達目標を適切に達成することが重要であるとの指摘もある。

<見直しの方向>

臨床研修の基本理念や卒前教育等の状況、必修診療科の弾力化により個々の状況に応じた柔軟性あるプログラムも提供可能となっていること等を踏まえれば、現行の2年以上で差し支えないと考えられる。

ただし、将来的には、卒前教育の充実や評価手法の標準化等の状況を踏まえ、現在の期間を見直すことも考えられる。

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（診療科及びその研修期間）

<現状>

平成16年度の臨床研修制度の必修化以降、専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる等の指摘があったことから、平成22年度開始プログラムより、研修プログラムの弾力化され、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（6月以上）、救急部門（3月以上）、地域医療（1月以上）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。

<課題>

研修診療科については、短期間で複数の診療科をローテートするのではなく早めに専門的な研修を開始すべきという指摘がある一方、基本的な診療能力の向上の観点からは7科目必修に戻すべきという指摘もある。

平成22年度の弾力化後、産科、小児科領域等の一部における履修率や自己評価が低下したとのデータがある。

また、必ずしも診療科目を前提に考えるのではなく、到達目標を達成することを目的に、基本的な診療能力の修得が可能となる症例等を経験し、それらが適切に評価されることが望ましいとの指摘もある。

各診療科の研修期間については、必ずしも特定の研修期間にこだわる必要はなく、到達目標を適切に達成することが重要であるとの指摘もある。

<見直しの方向>

望ましい研修診療科については、弾力化に伴う研修医の基本的診療能力について、卒前教育等の状況も踏まえながら、次回以降の見直しに向け、領域毎の履修率を含め引き続きデータを蓄積し検証を進めつつ、さらに、研修診療科は到達目標と連動することから、到達目標と一体的に見直すことが考えられる。

ただし、一部領域等における履修率等が低下したとの指摘を踏まえ、到達目標が適切に達成されるよう注意を促すべきである。

各診療科の研修期間についても、到達目標と一体的に見直すことが考えられる。

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。

<課題>

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 3000 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臨床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 3000 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 3000 人以上の病院であっても、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。

<見直しの方向>

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、症例数を確保するという観点から、「年間入院患者数 3000 人以上」の要件が絶対的な基準であるとはいい難いため、当面、「年間入院患者数 3000 人

以上」の要件は維持しつつ、当該基準に満たない病院についても、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。

年間入院患者数が3000人以上の病院であっても、研修の質の確保の観点から、研修内容は適切に評価されるべきであり、何らかの第三者評価は必要であると考えられることから、病院の規模等にかかわらず研修病院の努力目標として位置づけを強化することが考えられる。

各診療科別患者数や研修医1人あたり症例数を中心に、必要な症例のあり方については、到達目標と一体的に見直すことが考えられる。

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。

<課題>

プログラム責任者については、指導医であることが前提となっているが、プログラム責任者講習会の受講を含め、その育成をさらに充実すべきとの指摘がある。

必修科目の診療科等（内科、救急、地域医療）には、指導医が必要であるとの指摘がある。

<見直しの方向>

研修のプログラムの一層の充実に向け、例えば、プログラム責任者講習会の受講を促進する等、プログラム責任者の育成を強化する必要がある。

どの研修先においても、適切な指導体制を有していることが求められるため、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ある。

4) 募集定員の設定

募集定員の設定方法

<現状>

現在、全国研修医総数を、「都道府県別の人口により按分した数」と「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、「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。

現在でも、都市部以外の多くの県では、都道府県上限が、各病院の募集定員の積み上げより大きく、その差分は県が調整可能である。

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。

< 課題 >

医師臨床研修制度は、医師の基本的診療能力の向上を目的とするものであるが、地域の医師確保は、近年の医療をめぐる重要な課題であり、前回の見直しにおいても募集定員の上限設定等の対応を行い、研修医数は都市部で減少し地方で増加する傾向がみられているが、さらなる地域医療への配慮が必要であるとの指摘がある。

研修希望者数に対する全体の募集定員数の割合について、平成 25 年度募集定員では約 1.237 倍であり、また、都市部に研修医が集まりやすい状況があるとの指摘がある一方で、希望者と定員との差をあまりに縮めてしまうと、研修病院間の競争が少なくなり研修の質の低下が危惧される、さらにマッチングの結果アンマッチの数が増える恐れがある等の指摘がある。

都道府県の募集定員の上限については、新たに、高齢者人口や人口当たり医師数等も考慮する必要があるとの指摘がある。

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程度であり、研修修了後に小児科・産科を希望する者も 7 割程度であり、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があるとの指摘がある一方、小児科・産科医師確保に一定の効果があったとの指摘もある。

< 見直しの方向 >

地域の医師確保は、近年の医療をめぐる重要な課題であり、臨床研修制度のあり方を検討する際にも、地域医療に一定の配慮を行うことは必要である。

（研修希望者に対する全体の募集定員数）

研修希望者に対する全体の募集定員数について、研修医の地域的な適正配置を一層誘

導する観点から、現在の約 1.237 倍から、当初は 1.2 倍程度とし、将来的に 1.1 倍程度に向け、状況を踏まえながら漸次減らしていくことが適当である。

(各都道府県の募集定員の上限)

激変緩和措置については、都道府県上限及び各病院のいずれも、予定どおり平成 26 年 3 月をもって廃止すべきである。

ただし、臨床研修導入後、研修医数は都市部で減少し、地方で増加する傾向がある中、都市部の定員を更に削減することについては、都市部から他県への医師派遣の役割等も踏まえ、慎重な対応が必要である。

そのため、都道府県の募集定員の上限については、激変緩和措置の廃止後の都市部の状況にも一定の配慮を行いつつ、高齢者人口や人口当たり医師数等を総合的に勘案して設定する必要がある。

(各研修病院の募集定員)

地域枠や、医師派遣、産科・小児科等の状況等も踏まえつつ、都道府県上限の範囲内で各病院の定員を調整しやすくする等、都道府県が一定の柔軟性をもって定員を調整できるような仕組みも必要である。

都市部を中心に、大学病院は、当該都道府県内外に多くの医師を派遣しており、医師派遣の実績をより考慮した定員の設定が求められる。

(小児科・産科特例プログラム)

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程度であり、研修修了後に小児科・産科を希望する者も 7 割程度であり、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否めないが、小児科・産科医師確保に一定の効果があつたものと考えられ、廃止は時期尚早であると考えられる。

小児科・産科特例プログラムは、小児科・産婦人科は選択必修科目である中で、今後到達目標の見直しとあわせ、必修診療科目をどうするかを含めて検討すべきである。

地域枠への対応

<現状>

いわゆる「地域枠」(以下、地域枠という。)には、以下()のように多様なバリエーションがあり、地域における重要な医師確保対策として、全体的に増加傾向にある。

(() 地域枠のバリエーション(例))

- ・入学時選抜枠との関係の有無
- ・奨学金の有無、奨学金貸与者の差異(都道府県・市町村・大学等)
- ・医学部定員増との関係の有無
- ・卒業後の勤務要件の有無、勤務要件の差異(対象病院の範囲、臨床研修期間の勤務要件の有無等)

68 大学において計 1,425 名分（平成 25 年度）の、地域を指定した入学者選抜等の導入している。（地元出身者のための枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意志を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含む。）

医学部定員増との関係については、平成 22 年度より、定員増にあたって特定の地域や診療科での勤務を条件とする枠を設けている。

（参考）平成 22 年度 313 名、平成 23 年度 372 名、平成 24 年度 437 名、平成 25 年度 476 名

地域枠の卒業後の勤務要件として、臨床研修中に、都道府県等から指定された特定の医療機関において勤務するもの、一定の地域内の医療機関の中から選択して勤務するもの等、様々な形態がある。

現在、募集定員の設定においては、地域枠の学生に対する特別な配慮は行っていない。（規定定員の内数として算入している）

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。）

< 課題 >

地域枠の学生が今後増加する中、募集定員やマッチングにおいて、地域枠の学生について配慮し対応すべきであるとの指摘がある一方で、制度の基本理念を踏まえると過度の差別化は望ましくないとの指摘もある。

地域枠の多様性等の地域の実情を踏まえ、都道府県が調整できる仕組みも必要であるとの指摘がある。

< 見直しの方向 >

地域医療の安定的確保の観点から、都道府県奨学金貸与等により地域医療への従事が要件となっている地域枠の学生についても、一定の配慮が必要である。そのために、都道府県の裁量を拡大する等の対応も考えられる。

（地域枠と各研修病院の募集定員）

地域枠の状況等も踏まえつつ、都道府県上限の範囲内で各病院の定員を調整しやすくする等、都道府県が一定の柔軟性をもって定員を調整できるような仕組みも必要である。

（地域枠の学生とマッチング）

地域枠とマッチングとの関係については、

- ・ 医師養成過程における基本的診療能力の向上という医師臨床研修の本来の理念に鑑みると地域枠か一般枠かに関わらず、公平な競争を重視すべきこと
- ・ 地域枠の学生の研修病院について、地方を中心に多くの地域では、実際には各病院の定員に空席があることから、地域枠の学生が当該地域の全病院でアンマッチになることは想定されにくいいため、地域枠の学生もマッチングシステムに参加し研修先を決定することについて、地域医療の従事との関係で基本的には問題はないものと考えられること

- ・ 地域枠は多岐に渡る種類が存在することから、画一的に地域枠の範囲を指定し具体の人数を把握することは難しいことが想定されること
- 等の理由から、原則、地域枠の学生も一般枠の学生と同様、マッチングに参加し、公平な競争のもとで病院を選択することが望ましいと考えられる。

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。

研修医に対して年間720万円以上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。

<課題>

データをみると、制度導入後、研修医の処遇は向上し、研修を受ける環境が整いつつあるが、極端に高額又は少額の給与を支払っている病院もある。

<見直しの方向>

極端に高額又は少額の給与を支払っている病院に対しては、第三者評価等を通じ適切に対応されていくことや、高額な給与を支払っている病院に対しては補助金をさらに削減することが考えられる。

6) その他

臨床研修病院群の構成

<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。

<課題>

病院群によっては、全国に協力型病院及び協力施設が広がっており、また、必ずしも研修医の受け入れ実績が見られない協力型病院等も含まれている。

制度の基本理念やあるべき医師養成の姿を踏まえつつ、望ましい病院群のあり方について、明確化が必要であるとの指摘がある。

<見直しの方向>

臨床研修病院群の構成については、基本理念や到達目標を踏まえ、基本的診療能力の向上に資するよう、様々なバリエーションの頻度の高い疾病等の経験が可能となるような群の形成が求められる。

さらに、病院群全体で、研修の質が確保できるようなプログラムや指導体制が備わっていることが重要であり、例えば第三者評価等で、病院群全体の研修内容を適切に評価する等の工夫が求められる。

また、病院群は、地理的範囲の観点から現実的な内容とすべきであり、例えば、施行通知には「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」とされていることから、それらの地域を越える場合は、生活圏を同じくする県境を越えた隣接する二次医療圏や医師不足地域における協力型臨床研修病院及び協力施設との連携等の正当な理由がある場合に限り認める等、一定の基準を設けることが望ましい。

なお、病院数の観点からも、協力型臨床研修病院については、研修実績も十分に考慮し病院群を構成する等、現実的な内容とすることが求められる。

第三者評価

<現状>

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。

現在、NPO法人卒後臨床研修評価機構をはじめとする第三者機関が、一定の基準のもと訪問調査等を通し、研修病院の認定を行っている。

<課題>

研修病院における第三者による評価について、必ずしも十分に進んでいないとの指摘がある。

<見直しの方向>

第三者評価については、研修病院の規模等にかかわらず、研修の透明性や質の向上の観点から、何らかの第三者評価は必要であると考えられ、研修病院の努力目標として位置づけを強化する。

さらに、評価基準の明確化、研修病院側の調査負担等についても配慮しつつ、将来的には研修病院に第三者評価を義務付ける方向とすることが考えられる。

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。

現在でも、都市部以外の多くの県では、都道府県上限が、各病院の募集定員の積み上げより大きく、その差分は県が調整可能である。

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。

< 課題 >

地域の実情を踏まえた地域医療の安定的確保に向け、募集定員の調整等において都道府県の調整能力を強化すべきであるとの指摘がある。

< 見直しの方向 >

地域枠、医師派遣、産科・小児科等の状況を踏まえ、都道府県が都道府県上限の範囲内で各病院の定員を調整しやすくする等、臨床研修制度における都道府県の調整能力を強化する必要がある。

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。

指導医講習会の受講は、指定基準上、指導医に関して必須の条件となっているが、翌年度の受講予定の段階で申請されている場合がある。

< 課題 >

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ことは、指定の取り消しの意味を減衰し、問題であるとの指摘がある。

指導医講習会の受講は、受講予定の段階ではなく、受講後の段階で申請されるべきであるとの指摘がある。

< 見直しの方向 >

（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年間ないことにより指定を取り消された病院について、その基幹型臨床研修病院への再申請は、改めて協力型臨床研修病院として一定期間の実績を積

んだ上で再申請するという運用が適当である。

(指導医講習会)

指導医講習会の受講は研修の質を確保する上で重要な基準の1つであるため、指定申請に際しては講習会を受講済みであることが前提となるべきである。

3 . 中断及び再開、修了について

<現状>

臨床研修の中断とは、当該臨床研修病院の指定の取消し等により臨床研修の実施が不可能である、研修医が臨床医としての適性を欠く、妊娠・出産・育児・傷病等の理由により長期にわたり休止し、臨床研修を再開するときに同様の研修プログラムに復帰することが不可能である等のやむを得ない事情により、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。

<課題>

出産育児、研究、留学等、キャリアパスが多様化している中、現在の中断等の仕組みは、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等、柔軟性に欠けるとの指摘がある。

<見直しの方向>

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あり、そのためには、配偶者を含めた休暇取得等に対する職場の理解の向上とともに、研修医がキャリアパスを主体的に考えるような機会を促す必要がある。

現在の中断のほか、出産育児、研究、留学等の多様なキャリアパスに対応できるよう、必要に応じ、研修を一旦休み、一定期間後に再び研修を再開することができるような柔軟な制度設計も考える必要がある。

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等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
- 等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。

<課題・見直しの方向（再掲）>

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。

現在でも、臨床研修の到達目標の達成が損なわれない前提で、研究医の養成を促進する観点から、研究志向のある者に対しては、一部の大学で既に行われているように、自助努力により臨床研修と時間外等を利用した大学院における研究を並行して行うことも可能であり、既に一部の大学では、臨床研修期間中に大学院における研究も並行して行う等、研究医の養成のための特別なコースの設置等に取り組んでいる。

<課題>

研究医の養成は喫緊の課題であり、臨床研修中に研究志向が薄れないよう、希望に応じて早期に研究に従事できるような柔軟な対応が必要であるとの指摘がある一方、臨床研修の目的は基本的診療能力の修得であること、基礎系の研究医数の推移を踏まえると臨床研修必修化によって急激に減少したとは必ずしもいえないこと、処遇の改善、キャリアパスの確立、臨床でキャリアを積む中で研究の希望を有した際の研究場所の確保等、臨床研修以外の環境整備が必要であるとの指摘がある。

<見直しの方向>

現在でも、一部の大学で既に行われているように、自助努力により臨床研修と時間外等を利用した大学院における研究を並行して行うことも可能であるが、さらに、研修を一旦休み、一定期間は基礎研究を行い再び臨床研修に戻ってくる等、臨床研修と研究をより円滑な形で行き来できる仕組みを構築することが必要である。

3) 医師養成全体との関係

<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等、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、平成 25 年 4 月に、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」が、専門研修の在り方や地域医療の安定的確保を含めて「報告書」をとりまとめた。

<課題>

臨床研修制度のあり方については、卒前教育や、新たな専門医の仕組みの動向を踏まえ、検討していく必要がある。

卒前教育において、診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）が充実され、大学間の取組内容の標準化等がさらに進めば、臨床研修に関する期間も含めて所要の見直しもあり得るといふ指摘がある一方、医師免許の取得前後では医療現場における責任が異なるため、卒前教育の充実と臨床研修の見直しについては慎重な対応が必要であるという指摘もある。

<見直しの方向>

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や、新たな専門医の仕組みの検討状況を踏まえつつ、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。

特に、卒前教育の充実に伴う臨床研修の見直しについては、今後も卒前教育の動向等を注視し、十分な検討が望まれる。