

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会
報告書（素案）

- 医師臨床研修制度の見直しについて -

平成 25 年 月 日

目次

はじめに

1．基本理念と到達目標について

- 1) 基本理念
- 2) 到達目標とその評価
- 3) 臨床研修全体の研修期間

2．臨床研修病院の在り方について

- 1) 基幹型臨床研修病院の在り方
- 2) 臨床研修病院群の在り方
- 3) 研修プログラム（研修診療科とその期間）
- 4) 必要な症例
- 5) 指導・管理体制
- 6) 第三者評価
- 7) 中断及び再開、修了
- 8) 研修医の処遇等の確保
- 9) 制度運用上の問題

3．地域医療の安定的確保について

- 1) 臨床研修制度と地域医療との関係
- 2) 募集定員の設定
- 3) 地域枠への対応
- 4) 都道府県の役割

4．その他

- 1) 研究医養成との関係
- 2) 医師養成全体との関係

おわりに

委員名簿

審議経過

はじめに

現在の医師臨床研修制度は、平成 12 年の医師法の一部改正により平成 16 年度から導入され、「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つけることのできるものでなければならない（厚生労働省令）」との基本理念の下、従来の努力義務から必修化する形で研修が開始された。

平成 21 年には、制度の必修化後の状況に関する関係者の意見を踏まえ、研修プログラムの弾力化、基幹型臨床研修病院（以下、「基幹型病院」という。）の指定基準の強化、研修医の募集定員の見直し等が行われ、平成 22 年度研修から適用されており、まもなく必修化後 10 年になろうとしている。

今回の制度の見直し（平成 27 年度研修から適用見込み）については、前回の制度見直しにおいて、その施行後 5 年以内に見直しを行うこととなっていたこと等を踏まえ、臨床研修の実施状況や地域医療への影響等に関する実態を把握し、論点を整理することを目的として設置された「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」において論点整理（平成 25 年 2 月とりまとめ）を行った上で、その論点整理を踏まえ、平成 25 年 2 月より、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、関係者からのヒアリング、研修医に対するアンケート調査等を参考に議論を重ね、今般、以下の報告書を取りまとめたところである。

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、堅持するべきである。

なお、施行通知における「プライマリ・ケア」については、用いられる状況等によって若干その解釈が異なり得るが、「プライマリ・ケアの基本的な診療能力(態度・技能・知識)」は臨床研修制度の中核となる理念であることから、その解釈が一定程度統一されるよう、何らかの補足を加えることも考えられ、例えば、既存の定義等を参考としつつ、『一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に対する初期対応と必要に応じた継続医療を中核とする全人的・総合的な対応』とすることも考えられる。

(参考)

- ・「専門医の在り方に関する検討会」報告書(平成25年4月)における総合診療医について
総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。
- ・「一般社団法人プライマリ・ケア連合学会」におけるプライマリ・ケアの定義(平成25年10月時点)
プライマリ・ケアとは、国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能であり、特徴として、近接性、包括性、協調性、継続性、責任性の5つの理念がある。
- ・「米国医学会」におけるプライマリ・ケアの定義(1996年(平成8年))
プライマリ・ケアとは、日常の健康問題の大半を責任を持って取り扱うことができるような幅広い臨床能力を有する医療者によって、地域の第一線で提供される、包括的なヘルスケア・サービスである。そのヘルスケア・サービスは、継続的で、地域や家族を視野に入れたものでなければならない。

2) 到達目標とその評価

<現状>

(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」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。

(評価方法)

大学病院及び臨床研修病院において、採用している研修医の評価方法は様々であり、「指導医による評価」「症例レポート」「コメディカルによる評価」の順に多く、「口頭試問」「実技試験（OSCE）」「患者による評価」等は少ない。

米国、英国、仏国の臨床研修制度においては、研修医、指導医、研修プログラムに対する評価が多角的に行われており、特に英国はインターネット（e-ポートフォリオ等）の活用が進んでいる。

<課題>

- 到達目標は、臨床研修制度必修化以降、基本的にその内容は変更されていないが、
- ・急速な高齢化等による人口動態や疾病構造の変化、卒前教育や新たな専門医の仕組み等の医師養成全体の動向等に配慮すべきである
 - ・症例レポートは入院患者について提出することとなっているが、化学療法や手術等は外来での対応が増加していること等の状況があることから、入院医療から外来医療への移行をはじめとした医療提供体制の変化等について、適切に踏まえるべきである
 - ・「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いるため、診療能力の評価をさらに重視すべきである
 - ・項目が細分化されており、何らかの簡素化が必要である
- 等の指摘がある。

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

<見直しの方向>

到達目標については、臨床研修制度施行以降、基本的にその内容は変更されていないが、人口動態や疾病構造の変化、医療提供体制の変化、診療能力の評価、項目の簡素化等の観点から、その内容を見直す必要がある。

臨床研修の評価の在り方についても、各病院において採用している研修医の評価方法は様々であるため、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、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、医師養成全体の動向の中で、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験、各専門領域の目標等との連続性にも考慮しつつ、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 >

卒前教育と臨床研修制度の関係について、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こと等から慎重な検討が必要であるといふ指摘もある。

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、卒前教育の充実や大学間の取組内容の標準化、到達目標や評価手法の見直し等の状況を踏まえ、現在の期間の見直しについて検討が望まれる。

2 . 臨床研修病院の在り方について

1) 基幹型臨床研修病院の在り方

< 現状 >

現在、基幹型病院のみの基準としては、「基幹型病院において8月以上の研修の実施」「年間入院患者数3,000人以上」等の基準が設けられているが、その他の患者数等の基準については、基幹型臨床研修病院のほか協力型臨床研修病院(以下、「協力型病院」と

いう。)等を含めた臨床研修病院群における評価となっている。

<課題>

臨床研修病院群における望ましい基幹型病院の在り方について、明確化が必要であるとの指摘がある。

<見直しの方向>

基幹型病院については、「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」という基本理念に相応しく、到達目標の多くの部分を研修可能な環境と研修医及び研修プログラムについての全体的な管理・責任を有する病院であるべきである。

到達目標の多くの部分を研修可能な環境を有する病院という観点から、基幹型病院における研修は、例えば、

- ・基幹型病院での研修期間については、現在の「8月以上」から、全体の研修期間の半分以上に該当する「1年以上」を目指すこと
- ・必修診療科である内科、救急について、到達目標を適切に達成するため十分な症例数があり、疾患等に過度の偏りが無い等、大部分を研修可能な環境を有していることが望ましい。

また、特定の分野の専門的医療を専ら行う病院については、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得という基本理念を踏まえると、基幹型病院として適切とはいえないと考えられる。

2) 臨床研修病院群の在り方

<現状>

現在、研修病院の指定基準として、基幹型病院は、協力型病院、臨床研修協力施設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、地域において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。

病院において臨床研修病院群を構成する医療施設としては、自院の関連する大学の関連医療施設、設置母体が同一等のグループ医療施設、院内の医師の知り合いの医療施設、都道府県や地域の臨床研修を通じた団体の紹介による医療施設、同一医療圏内等近隣の医療施設の順に多かった。

<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、長期間、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、基本理念を踏まえ、医師の基本的な診療能力の修得に資するよう、地域で十分に連携しつつ、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。

あわせて、到達目標を適切に達成する観点から、基幹型病院を中心としつつ、協力型病院等が補完的に連携することが基本となるものと考えられる。

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ることから、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることを基本とし、それらの地域を越える場合は、

- ・へき地・離島等を含めた医師不足地域における地域医療研修であること
- ・生活圏を同じくする県境を越えた隣接する二次医療圏における協力型病院及び協力施設との連携であること
- ・その他、基幹型病院と地域医療の上で連携が強く、良質な研修が見込まれる場合であること

等の正当な理由がある場合に限り認めることが望ましい。

なお、病院数の観点からも、協力型病院については、例えば過去3年間程度の研修実績を考慮し病院群を構成する等、現実的な内容とすることが必要である。

また、研修管理委員会における自己評価や、第三者評価等により、臨床研修病院群としての状況が適切に評価されることが望ましい。

3) 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。

平成22年度以降も、研修プログラムにおいて、各病院の判断のもと、7科目必修を維持することは可能であり、いずれの研修プログラムにおいても、到達目標を適切に達成することが必要である。

EPOC データによると、平成 22 年度研修開始（研修プログラムの弾力化後）の研修医は、平成 20 年度研修開始（研修プログラムの弾力化前）の研修医と比べ、経験目標の履修率について、外科、精神科、麻酔科領域を含め多くの項目で維持・上昇傾向がみられた一方、小児科、産婦人科関連の一部項目で低下傾向がみられた。また、大学病院、病床数 601 床以上の病院で満足度が向上した。

平成 22 年度研修開始の研修医に対するアンケート調査によると、「継続プログラム」（7 科目必修）と「弾力プログラム」（7 科目必修以外）における研修状況を比較したところ、基本的臨床知識・技術・態度について「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合は、98 項目中 12 項目で継続プログラムが有意に高かった。また、経験症例数は、85 項目中 11 項目で継続プログラムが有意に高かった。弾力プログラムでは、妊娠・分娩、小児科領域等において症例の経験率が低下した。

< 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修得の観点からは 7 科目必修に戻すべきという指摘もある。

平成 22 年度の必修診療科の弾力化後、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な診療能力について、卒前教育、新たな専門医の仕組み等の動向も踏まえながら、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望ましい。

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、到達目標の達成が可能となるような期間の設定が必要であることから、到達目標と一体的に見直すことが望ましい。

4) 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。

（年間入院患者数）

基幹型病院の年間入院患者数別にみると、入院患者 3,000 人未満は、平成 25 年度開始プログラムにおいて、1,019 施設のうち 40 施設（3.9%）であり、募集定員は 104 人（1.0%）であった。

基幹型研修病院の種別に平成 22 年度開始プログラムの研修医の状況を分析したところ、休暇・休養、手技経験の多様さについての満足度は、臨床研修病院、病床数 600 床以下で有意に高かった。一方、必修症候・疾患の経験率は、病床数・入院患者数の多い病院や大学病院で有意に高かった。

小規模研修病院（平成 21、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 3,000 人未満の 6 病院）の訪問調査によると、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ていると評価された。

< 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 3,000 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 3,000 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 3,000 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 3,000 人

以上」の要件が絶対的な基準であるとはいえないため、当面、「年間入院患者数 3,000 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。なお、当該基準に満たない病院の新規指定の申請については、到達目標の大部分は研修が可能であり、年間入院患者 3,000 人をあまりに下回らない等、良質な研修が見込める場合に、訪問調査により評価することが望ましい。

また、年間入院患者数が 3,000 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べきである。

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、「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」という基本理念を踏まえつつ、到達目標と一体的に見直すことが考えられる。

5) 指導・管理体制

<現状>

現在、基幹型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。

（指導医）

指導医は、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有する必要がある、7 年以上の臨床経験を有すること、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会（以下、「指導医講習会」という。）を受講すること等が要件になっている。

指導医講習会は、現在までに延べ 1,645 回開催され、講習会修了者数は延べ 54,342 人となっている。

臨床研修指導医講習会については、「指導の参考になる」が 49.6%、「ならない」が 19.7%であった。参考になるテーマとしては、「研修医指導方法の実際」「指導医のあり方」「研修プログラム立案」が多かった。

指導医講習会の修了者に対するアンケート調査（平成 24 年度）によると、「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」「研修医指導方法」「問題を抱えた研修医への対応」等が役に立つと回答した者が多かった。

原則として、病院群において、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。

(プログラム責任者)

プログラム責任者は、指導医及び研修医に対する指導を行うために、必要な経験及び能力を有している必要があり、研修プログラム毎に1人配置されることとなっている。

プログラム責任者の要件としては、指導医と同じく、7年以上の臨床経験を有すること、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講すること等となっている。

現在、財団法人医療研修推進財団においてプログラム責任者講習会が開催され、各病院のプログラム責任者において任意の受講となっており、現在までに延べ54回開催され、講習会修了者は延べ2,667人となっている。

<課題>

指導医の適切な育成の観点から、指導医講習会の中には、その内容が必ずしも十分ではないものがある等の指摘がある。

各プログラムにおける必修科目の診療科等には、指導医が必要であるとの指摘がある。

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の促進を含め、その役割を強化すべきとの指摘がある。

<見直しの方向>

指導医講習会の内容の充実等を図り、指導医の育成を強化すべきである。

また、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、研修を行う各診療科等において指導医が配置されていることが望ましく、少なくとも必修科目の各診療科には、病院独自に必修としているものを含めて、指導医を必置とすべきである。

研修プログラムの充実や研修医のキャリア形成支援等に向け、各臨床研修病院における研修体制の中核となっているプログラム責任者の役割を強化しつつ、プログラム責任者講習会の受講を促進し、将来的に受講を必須の方向とする等、プログラム責任者の育成を強化すべきである。

6) 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、研修病院の評価を行っている。

<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べきである。

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望ましい。

7) 中断及び再開、修了について

<現状>

(中断及び再開)

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。

中断について、平成 18～21 年度の平均では、研修医の 1.3%が研修の中断を経験しており、中断の 48%が病気療養を理由とするものとなっている。また、中断した研修は、62%の割合で再開しており、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。

(未修了)

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。

未修了について、平成 18～21 年度の平均では、研修医の 1.0%が研修期間終了の際、未修了と評価されており、その理由は、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%を占めている。

<課題>

出産育児、研究、留学等の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。

メンタルヘルス上の事情を有する研修医に対しても、研修の継続や再開に際して十分な配慮が求められる。

<見直しの方向>

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への対応がしやすくなるよう、必要に応じ、研修を一旦休み、一定期間後に再び同一の病院において研修の再開を可能とする柔軟な制度設計も新たに必要である。

なお、上記の仕組みは、メンタルヘルス上の事情を含めた傷病等についても、必要に応じて活用できることとすることが望ましい。

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。

8) 研修医の処遇等の確保

<現状>

現在、基幹型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。

臨床研修医の推計年収（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））については、平均が450万円前後であり、基幹型病院毎の分布をみると概ね320～720万円の範囲内にある。

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、制度の必修化後、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一部病院もある。

<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。

9) 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、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、基幹型病院への再申請は、改めて協力型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必要である。

(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 . 地域医療の安定的確保について

1) 臨床研修制度と地域医療との関係について

< 現状 >

(臨床研修制度必修化後の若手医師の分布)

臨床研修制度が必修化された平成 16 年以降の若手医師の分布については、関係のデータ等から以下の傾向が見受けられる。

[都道府県別]

臨床研修医の採用実績の割合について、制度の必修化後、都市部の 6 都府県 (東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡) では減少傾向にあり (平成 15 年 51.3%、平成 25 年 45.5%)、その他の道県では増加傾向にある (平成 15 年 48.7%、平成 25 年 54.5%)。

各都道府県の卒業医学部の人数を 100 (%) とし、その医学部入学前から臨床研修中 (卒後 1、2 年目)、臨床研修修了後 (3 年目) の分布をみると、多くの都道府県で、

- ・ 当該都道府県出身者数に比べ、卒後 1～3 年目で当該都道府県の医師数が増加する (卒業生は、当該都道府県の出身者数以上に当該都道府県に定着している)
- ・ 卒後 3 年目で、当該都道府県出身の医師数が減少する一方、東京都に移動する医師数が増加する

傾向がある。

[市区町村別]

制度の必修化後、都市部 (県庁所在地等の一部市町村) で研修医が減少する一方で、周

辺地域で研修医が増加する傾向が見られる。

また、医師 3 年目において、制度の必修化前は、都市部から周辺地域に医師が移動するのに対し、制度の必修化後は、逆に、周辺地域から都市部に医師が移動する傾向が見られる。

[勤務先別（医育機関、病院）]

臨床研修医の採用実績の割合について、制度の必修化後、大学病院では減少しているが（平成 15 年 72.5%、平成 25 年 42.9%）、3 年目に医育機関に勤務している者が増加傾向にある。

（臨床研修制度における地域医療への対応）

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、医籍登録後 7 年から 15 年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、協力型病院と連携し、臨床研修病院群の形成の促進を図ることとしており、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 >

医師臨床研修制度は、医師の基本的診療能力の修得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等がみられているが、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。

< 見直しの方向 >

臨床研修制度においては、地域の医師確保の状況等を踏まえつつ、制度の必修化以降、地域医療研修の必修化、募集定員の設定等を行ってきたところであるが、引き続き、データ等を踏まえつつ、病院群の形成や定員設定等において、地域医療への影響に留意することが必要である。

2) 募集定員の設定

<現状>

(各都道府県の募集定員の上限)

都道府県別募集定員の上限の設定方法については、全国の研修医総数を「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」を加えることとしている。

また、都道府県は、各病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して、都道府県別の募集定員の上限の範囲内で、病院の同意に基づき、各病院の募集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、都道府県の募集定員の上限が、各病院の募集定員の積み上げより大きいため、その差分は県が調整可能である。

ただし、平成26年3月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。

(各研修病院の募集定員)

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を基本としつつ、医師派遣()等の実績を勘案した上で、都道府県の上限との調整を行うことにより設定している。

()医籍登録後7年から15年の医師を派遣している場合等に、その実績を踏まえて募集定員を加算

ただし、平成26年3月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。

(小児科・産科特例プログラム)

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>

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多くな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>

(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、当初は約 1.2 倍とし、次回見直しに向け徐々に約 1.1 倍とすることを基本としつつ、アンマッチ等の状況を慎重に勘案しながら適宜修正していくことが考えられる。

(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、臨床研修必修化後、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、地域協議会等を活用しながら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等の状況はあるものの、小児科・産科医師確保に一定の効果は期待され、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。

3) 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を導入している。（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。

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。）

<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、都道府県の調整をしやすくする等の対応が必要である。

（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修得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。そのため、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的な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。

4) 都道府県の役割

<現状>

現在、基幹型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。

引き続き、都道府県、臨床研修病院、大学病院、医師会との協議の場である地域協議会等の取組の充実が望まれる。

4 . その他

1) 研究医養成との関係

<現状>

この数十年にわたり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こと、専門医取得に比べ博士号取得の志向は低調であること等から、研究に従事する医師（以下、「研究医」という。）の減少による基礎系の教員確保や医学研究の質の低下について危惧する声がある。

研究医を目指す学生が、学部から大学院へ途切れなく進むことができるよう、各大学において、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、研究医の養成に取り組んでいる。

また、大学の医学部定員についても、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。

臨床研修との関係については、現在でも、臨床研修の到達目標を適切に達成することを前提とした上で、各大学において、研究医の養成を促進するための様々な取組が行われており、例えば、研究志向のある研修医に対して、自助努力により臨床研修とともに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特別なコースの設置等に取り組んでいる大学もある。

また、研究医にかかる多様なキャリアパスを促進する観点から、現在は臨床研修修了後に大学院へ進学することが一般的であるが、医師免許取得後、まず大学院へ進学し医学博士を取得後に臨床研修を開始するというキャリアパスも可能であり、臨床研修制度の Q&A にも掲載されているところである。

<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
 - ・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
 - ・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
- 等の指摘がある。

<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、臨床研修の到達目標を適切に達成することを前提とした上で、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を行う等、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。

なお、研究医の養成に向けては、臨床研修制度における対応以外にも、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の一層の環境整備も望まれる。

2) 医師養成全体との関係

<現状>

(卒前教育)

卒前教育に関しては、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。大半の大学において共用試験を進級要件として利用しているが、合格基準は大学により異なることが課題である。

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、その実施期間は大学により幅があり、学生が診療に参加する診療参加型臨床実習(クリニカル・クラークシップ)、学外の病院での実習等、臨床実習の内容の充実についても課題であるが、量・質ともに改善していく動きがある。

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となっている。

各大学で、地域医療に関する講座等を活用し、地域医療に関する教育が行われている。

卒業前 OSCE を実施する大学も増加する傾向であり、現在、半数以上の大学が卒業前に実施しており、全体の 4 分の 1 程度が卒業認定に用いている。

(医師国家試験)

医師国家試験については、医師国家試験改善検討部会報告書(平成 23 年 6 月)を踏まえ、卒前教育・臨床研修を含めた一連の医師養成課程に配慮しつつ、出題の検討が行われているところである。

(新たな専門医に関する仕組み)

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」が報告書を取りまとめたところであり、専門医の質を高め、

良質な医療が提供されることを目的に、新たな専門医の仕組みが構築され、学会から独立した中立的な第三者機関により専門医の認定・更新や養成プログラムの評価・認定を統一的に行い、平成 29 年度を目途に、新たな養成プログラムに基づき専門医の養成が開始される予定である。

< 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。

また、国家試験についても、上記の動向を踏まえつつ、今後の検討がなされることが望まれる。

おわりに

今後、本報告書をもとに、制度の一層の向上が図られることを期待したい。

あわせて、引き続き、社会情勢、関係する医学教育等の動向を十分に踏まえつつ、制度について必要な検討を行っていく必要があるとあり、制度施行後 5 年以内に所要の見直しを行うことが求められる。

なお、次回の制度見直しに向けての検討事項とした到達目標及び評価の在り方等については、本報告書をもとに速やかな検討が望まれる。

医師臨床研修部会 審議経過

平成 25 年 2 月 21 日

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」について
・(参考人)ワーキンググループ座長 堀田 知光 氏

平成 25 年 3 月 22 日

関係団体等からのヒアリング

- ・日本外科学会 理事長 國土 典宏 氏
 - ・日本麻酔科学会 理事長 森田 潔 氏
副理事長 澄川 耕二 氏
 - ・全国医学部長病院長会議 相談役 嘉山 孝正 氏
- 基本理念と到達目標等について

平成 25 年 4 月 25 日

関係団体等からのヒアリング

- ・日本小児科学会 生涯教育・専門医育成委員会委員長 水谷 修紀 氏
 - ・日本産科婦人科学会 理事長 小西 郁生 氏
 - ・精神科七者懇談会 精神科卒後研修問題委員会委員長 小島 卓也 氏
精神科卒後研修問題委員会委員 関 健 氏
 - ・日本医師会 副会長 中川 俊男 氏
- 必要な症例と指導管理体制について

平成 25 年 5 月 23 日

関係団体等からのヒアリング

- ・日本病院会 常任理事 福井 次矢 氏
 - ・全日本病院協会 医療制度・税制委員会委員 星 北斗 氏
(医師臨床研修指導医講習会担当)
- 募集定員の設定等について

平成 25 年 6 月 27 日

関係団体等からのヒアリング

- ・都道府県(京都府、青森県)
京都府健康福祉部保健医療対策監 横田 昇平 氏
京都大学医学研究科医学教育推進センター長 兼 教授 小西 靖彦 氏
京都府立医科大学長特別補佐 大学院医学研究科総合医療・医学教育学教授 山脇 正永 氏

青森県健康福祉部次長 藤本 幸男 氏
青森県良医育成支援特別顧問 小川 克弘 氏
・全国自治体病院協議会 常務理事（公立陶生病院院長） 酒井 和好 氏
・大学附属病院 東京医科歯科大学医学部附属病院長 田中 雄二郎 氏
中断及び再開、修了等について
地域医療の安定的確保について

平成 25 年 7 月 18 日

研究医養成との関係等について

平成 25 年 8 月 8 日

臨床研修制度の見直しの方向性について

平成 25 年 9 月 12 日

医師臨床研修部会報告書（たたき台）について

平成 25 年 10 月 10 日

医師臨床研修部会報告書（素案）について