

# 参考資料

## 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会 報告書

※ 本参考資料は、報告書の理解に役立つよう、報告書に記載されているデータ等についてまとめたものである。

# 目次

※ 報告書の構成に沿い、報告書に記載されているデータ等についてまとめたものである。

## 1. 基本理念と到達目標について ..... 1

- 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 ..... 6

- 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
- 7) 中断及び再開、修了
- 8) 研修医の処遇の確保・キャリア形成支援

## 3. 地域医療の安定的確保について ..... 41

- 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. その他 ..... 64

- 1) 研究医養成との関係
- 2) 医師養成全体との関係

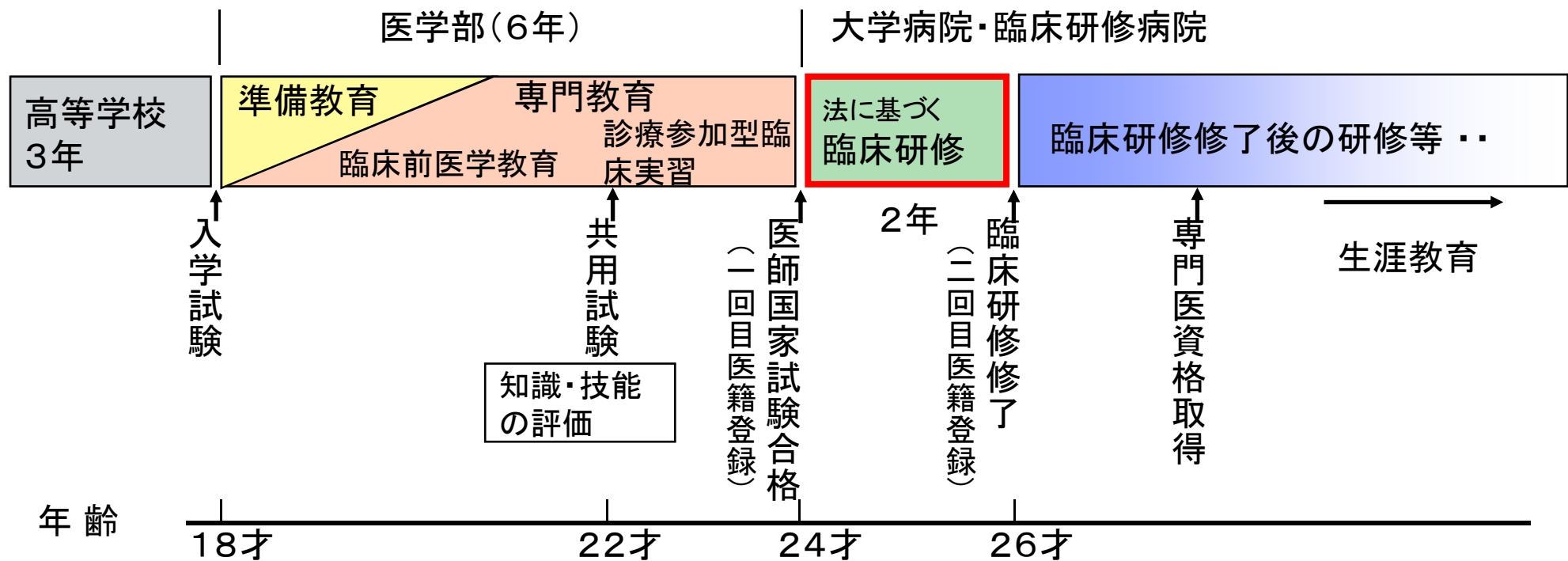
# 1. 基本理念と到達目標について

# 臨床研修制度の概要

## 1. 医学教育と臨床研修

### ○ 法に基づく臨床研修(医師法第十六条の二)

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部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。



## 2. 臨床研修の基本理念(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)

○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。

# 臨床研修の到達目標

## I 行動目標

### 医療人として必要な基本姿勢・態度

- (1) 患者－医師関係、(2) チーム医療、(3) 問題対応能力、(4) 安全管理、(5) 症例呈示、(6) 医療の社会性

## II 経験目標

### A 経験すべき診察法・検査・手技

- (1) 医療面接、(2) 基本的な身体診察法、(3) 基本的な臨床検査、(4) 基本的手技、(5) 基本的治療法、(6) 医療記録、(7) 診療計画

### B 経験すべき症状・病態・疾患

1. 頻度の高い症状(35項目。うち20項目は必修、レポート提出)
2. 緊急を要する症状・病態(17項目。うち11項目は必修)
3. 経験が求められる疾患・病態(88項目。うち70%以上の経験が望ましい)
  - ・A疾患:入院症例レポートが必修: 10項目(脳梗塞、腎不全、認知症等)
  - ・B疾患:外来、入院での経験が必修: 38項目(骨折、肝炎、小児喘息等)
  - ・外科症例(手術を含む)1例以上の受け持ち → 症例レポート提出

### C 特定の医療現場の経験

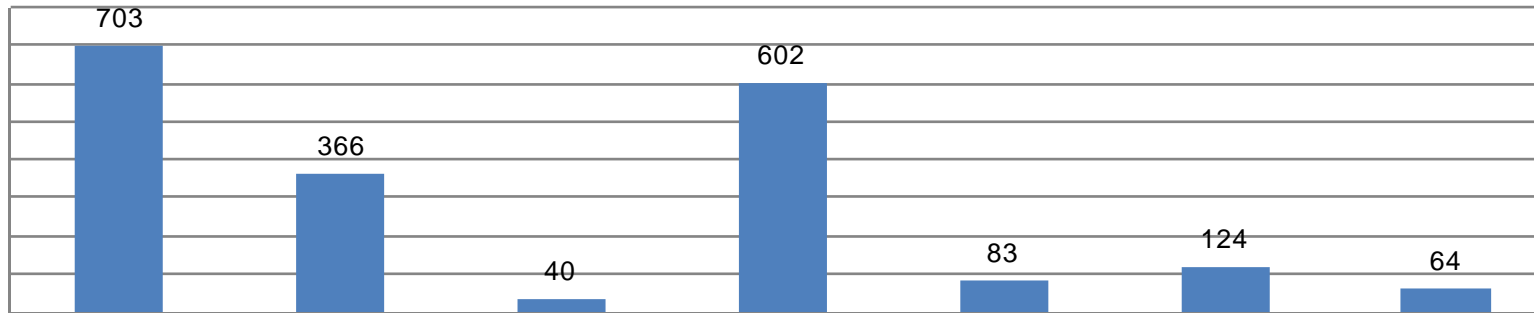
- (1) 救急医療、(2) 予防医療、(3) 地域医療、(4) 周産・小児・成育医療、(5) 精神保健・医療、(6) 緩和ケア、終末期医療、(7) 地域保健

# 各病院で採用している研修医の評価方法

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」  
 分担研究者 片岡 仁美（岡山大学教授）

## 【臨床研修の評価について】

採用している評価方法(n=1,982 複数回答可)



1 指導医による評価(観察記録、面談、チェックリスト等)

2 コメディカルによる評価(観察記録、チェックリスト等)

3 患者による評価

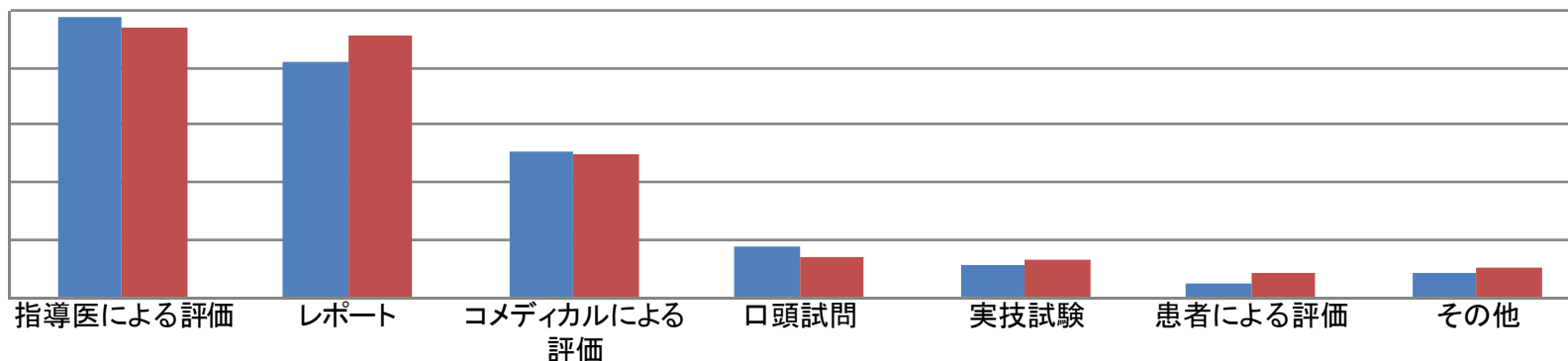
4 レポート

5 実技試験(OSCE)

6 口頭試問

7 その他

(参考)採用している評価方法についてカテゴリ別に評価<研修病院の種別(臨床研修病院n=612 大学病院n=91)>



		米国	英国	仏国
研修医に対する評価	時期・頻度	毎月 ローテーション終了時	ローテーション開始時・終了時 1年目終了時	研修期間終了時(6ヶ月毎)
	項目	コンピテンシー： 患者ケア・医学的知識・臨床に即した学習 & 向上・対人 & コミュニケーションスキル・プロフェッショナルリズム・システムに基づいた診療	問診・診察能力・診断・治療に関するアウトカム評価 コンピテンシー到達度(診療、安全管理・最善の医療の提供・教育・医師患者関係の構築・コミュニケーション・チーム医療・プロフェッショナルリズム) 試験無	勤務状況、態度の他、基本知識、診断能力、治療能力、コミュニケーション、患者教育、知的好奇心等
	方法	Web上で9段階評価 コメント欄には必ず何かを記載しないと保存送信できない	Supervised learning event(「指導医による直接観察(診察技能および手技)」「事例検討」「指導と症例提示」の三項目について指導医が立ち会い評価)	評価用紙
	評価担当者	アテンディング(上級指導医)/同僚/ シニアレジデント	指導医とプログラム責任者	科のチーフが評価担当者、シニアドクター、チーフ看護師と話し合っ
	FB(フィードバック)や判定の仕組み	プログラムディレクターが評価点をもとに、2回/年の面接時にフィードバック	指導医からの直接フィードバック 到達程度が不十分の場合、追加のトレーニングの提供	記入済評価用紙を研修医の大学、健康省の地方自治体へ送る
	指導や介入	プログラムディレクターやチーフレジデントによる個別面談時に指導	直接指導や追加トレーニングの提供	問題により、研修医組合、健康省の地方自治体へ報告
	罰則や不利益処分	評価が悪い場合 2年目から3年目へ進めない	1年間の評価が低いと留年/2年目の研修先選択に不利に。2年間で必要条件が不十分では研修修了とならず、専門プログラムへ進めない。	研修の無効(再チャンスの機会があるとは限らない)
	苦情や意見の匿名受付	内科研修プログラムHP上研修医が匿名で意見や苦情投稿可。プログラムディレクターとチーフレジデントが1回/週見直して会議を行っている。	E-portfolio上でのプログラムに対する評価は指導医に見られず、研修施設の責任者へメールされる仕組み 患者からの苦情も受ける	無 1部署に最高6名の研修医のため匿名性は保てない
	実施可能な医療行為	指導医の監督下 施設や州により特定の制限有	指導医の監督下 研修を受けた範囲でのみ診療可能	

## 2. 1) 基幹型臨床研修病院の在り方



# 基幹型臨床研修病院の指定基準にかかる経緯

## 平成16年度～

主な指定基準(協力型臨床研修病院等と**共同**で満たす)

- 臨床研修を行うために必要な症例があること
  - ・内科・外科・小児科・産婦人科・精神科の年間入院患者100人以上
- 救急医療を提供していること
- 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- 指導医1人が受け持つ研修医は5人までが望ましいこと

## 平成22年度～

主な指定基準(基幹型臨床研修病院が**単独**で満たす)

- 臨床研修を行うために必要な症例があること
  - ・年間入院患者3,000人以上
- 救急医療を提供していること
- 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- 研修医5人に対して指導医1人以上配置すること

## 平成24年度～

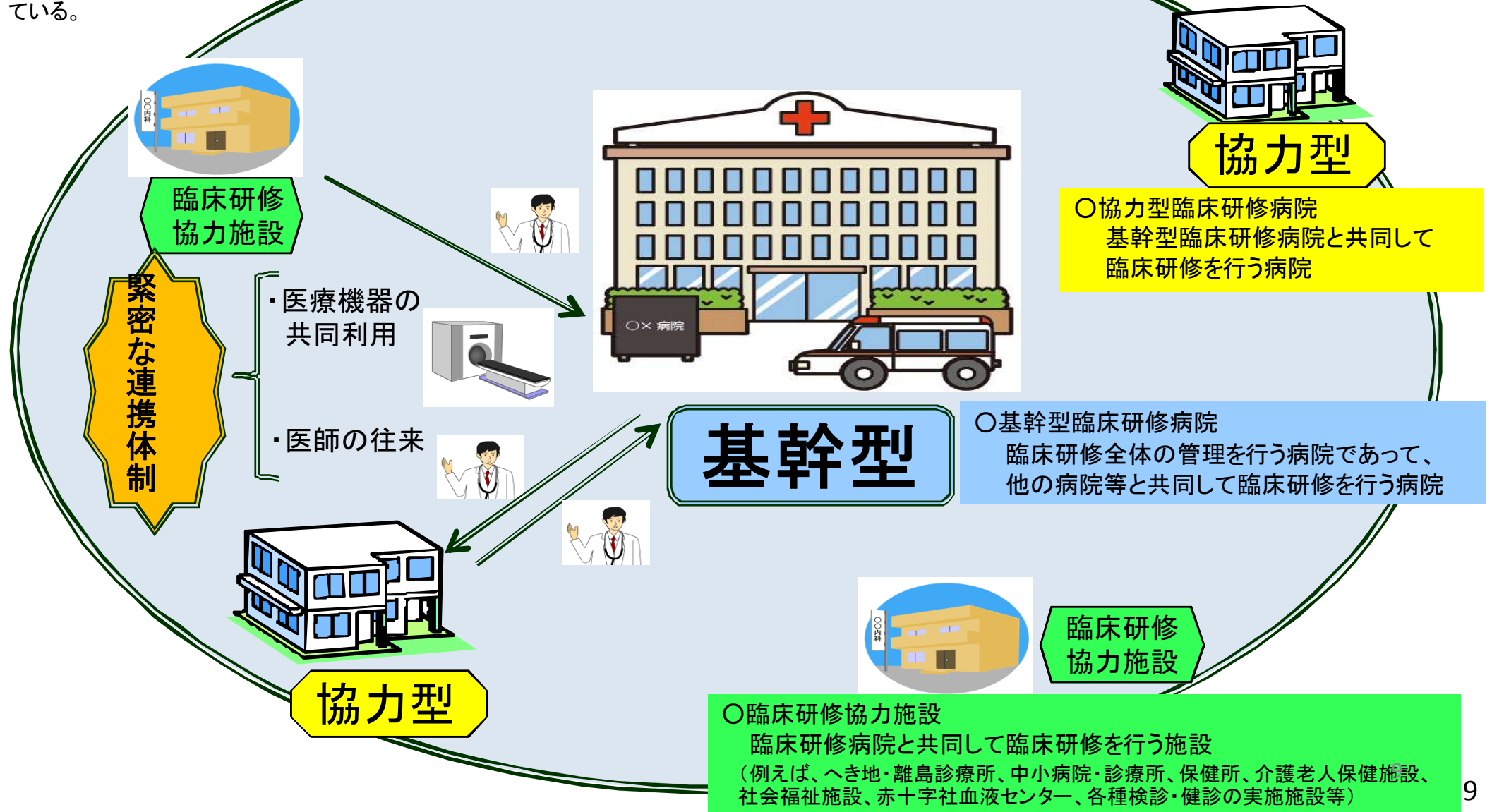
ただし、平成21年度制度見直し以前から指定を受けている年間入院患者数3000人未満の病院については、個別に訪問調査を行い、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得できると認められる場合は、指定継続

※この他、基幹型臨床研修病院において8月以上の研修を実施することとなっている。(平成16年度～)

## 2. 2) 臨床研修病院群の在り方

# 臨床研修病院群の概要

※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。

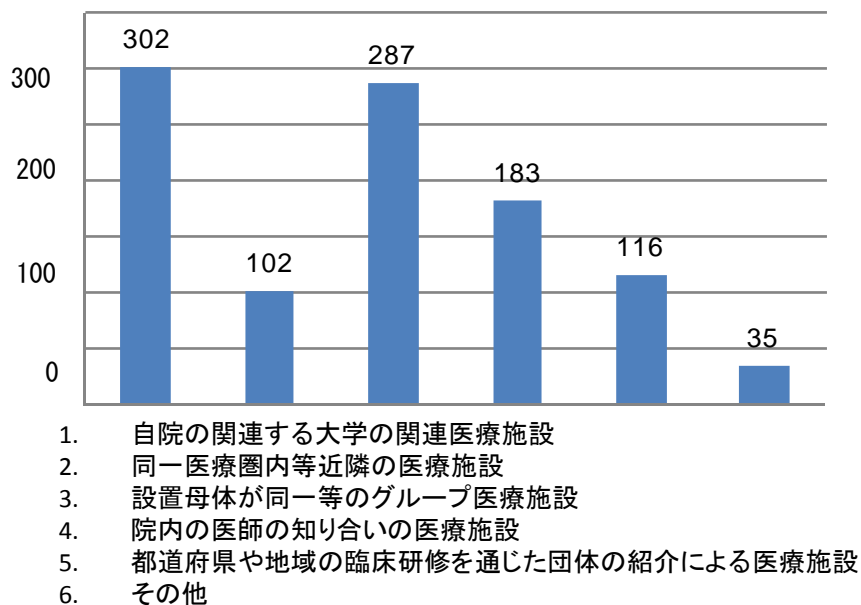


# 臨床研修病院群の構成等について

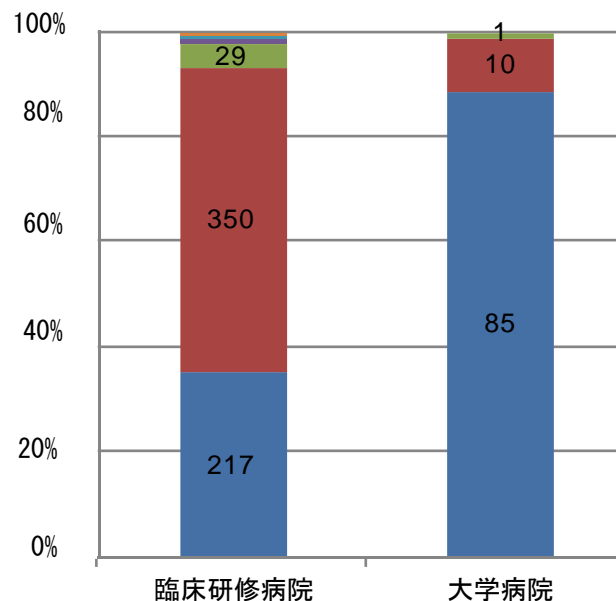
出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」  
分担研究者 片岡 仁美（岡山大学教授）

## 【臨床研修病院群について】

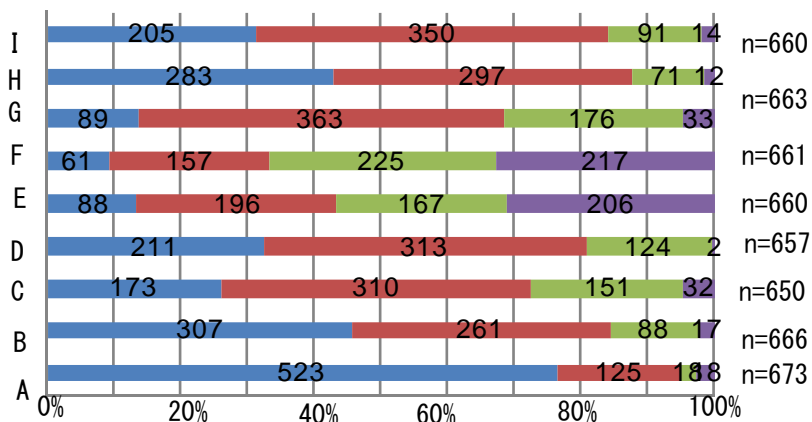
臨床研修病院群を構成する医療施設(n=1,025 複数回答可)



臨床研修病院群を構成する医療施設についてカテゴリ別に評価  
＜研修病院の種別（臨床研修病院n=610 大学病院n=96）＞



臨床研修病院群を形成する際に考慮していること

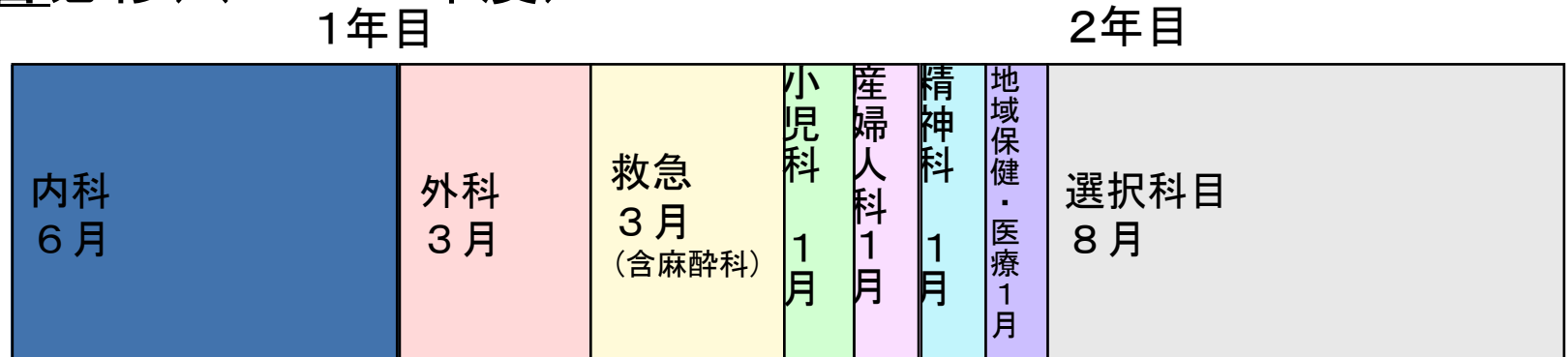


- A 自院で実施できない研修科目が充実している施設を選定している
  - B 自院とは違う規模・医療内容の医療施設での研修ができるように配慮している
  - C 地域で医師を育てるという観点から、同一地域から選定している
  - D 地域医療に貢献するように選定している
  - E 同一設置母体等グループの施設間の交流が活性化するように選定している
  - F 関連大学の医局の交流が活性化するように選定している
  - G 研修医の移動の負担が少ないように選定している
  - H 研修医の希望を反映させるように選定している
  - I 指導体制が充実している、または研修医からの評判が良い施設を選定している
- n=684

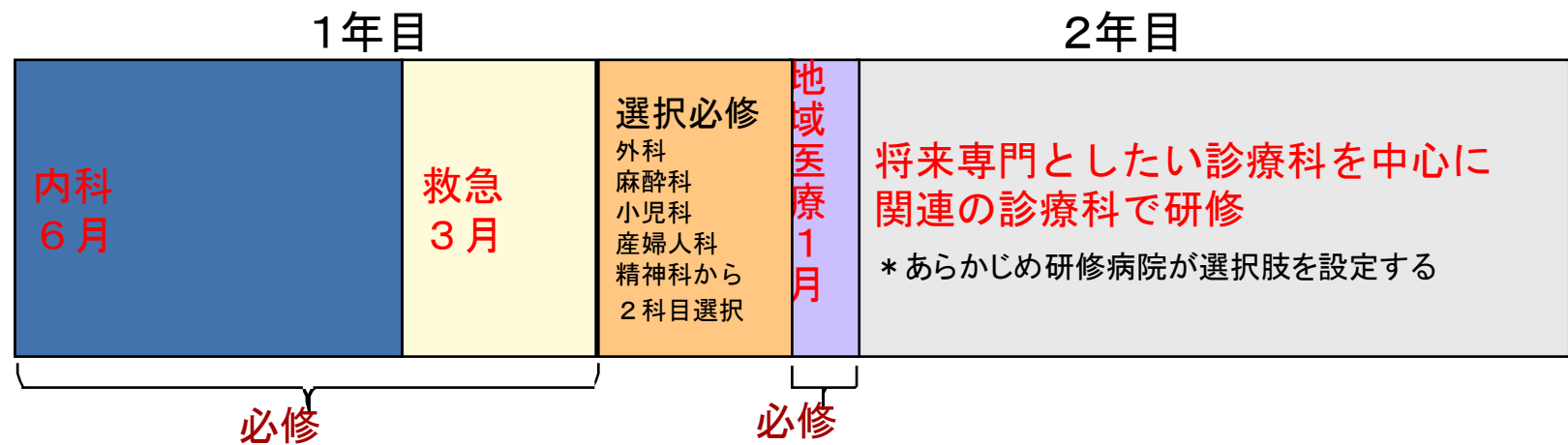
## 2. 3) 研修プログラム

# 必修診療科の見直し(イメージ例)

見直し前(7科目必修)(~H21年度)

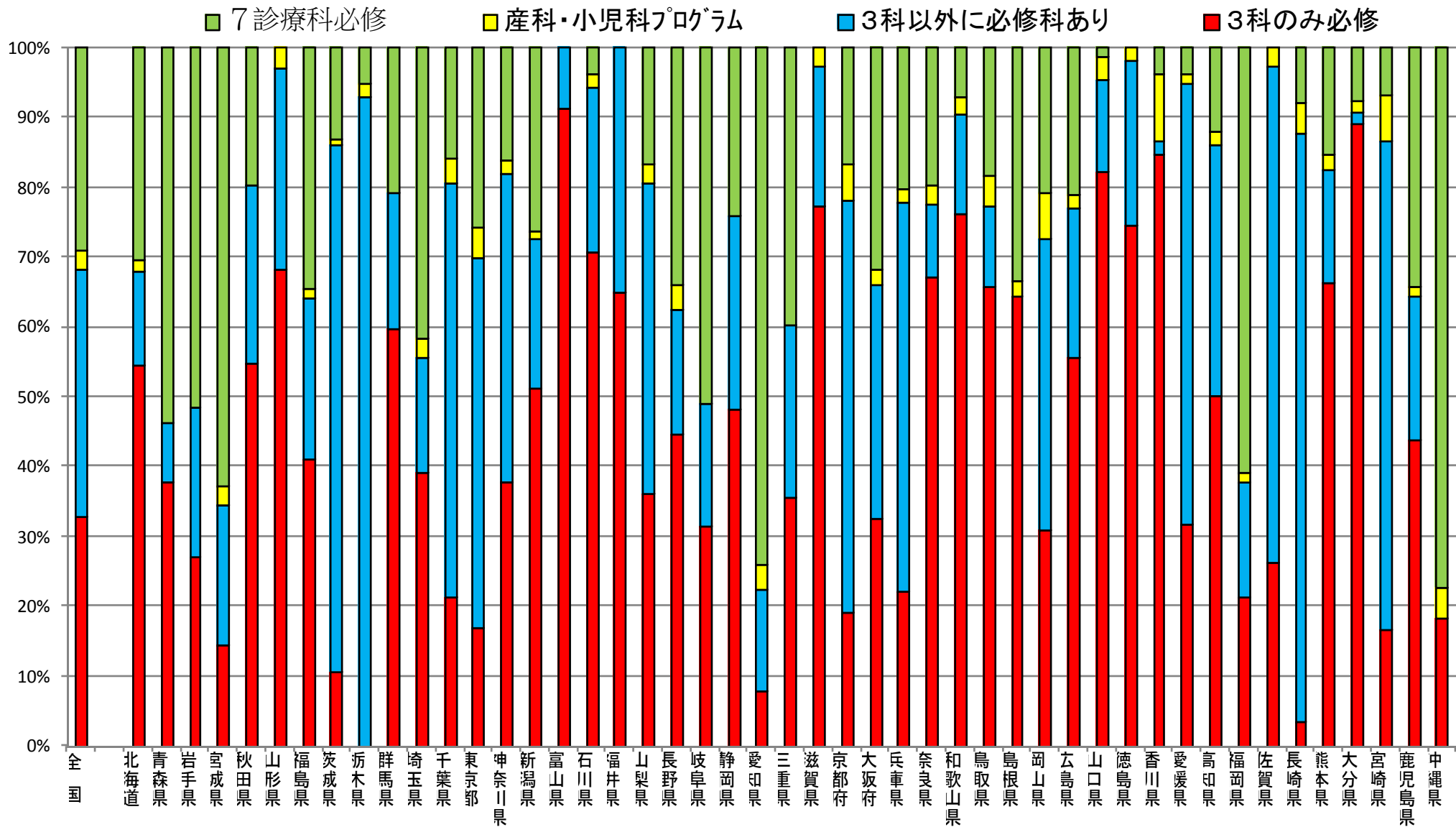


見直し後(3科目必修)(H22年度~)



# 研修プログラムの状況について

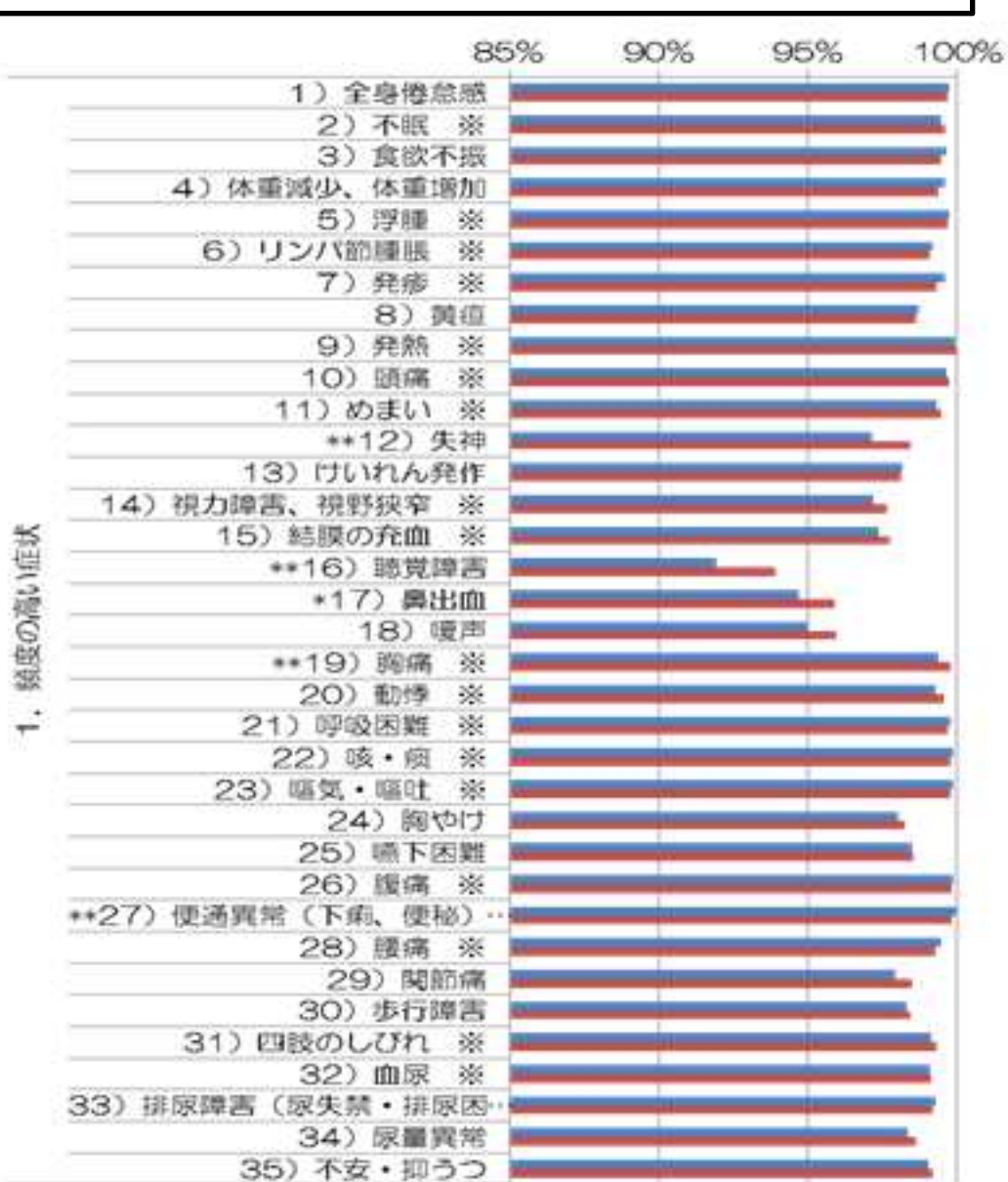
## (23年度研修の内定者)



# EPOCデータを活用した履修率

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」  
 分担研究者 田中雄二郎（東京医科歯科大学教授）

## 経験目標B（経験すべき症状・病態・疾患）項目 履修率



\*\*\*11) 流・早産および満期産

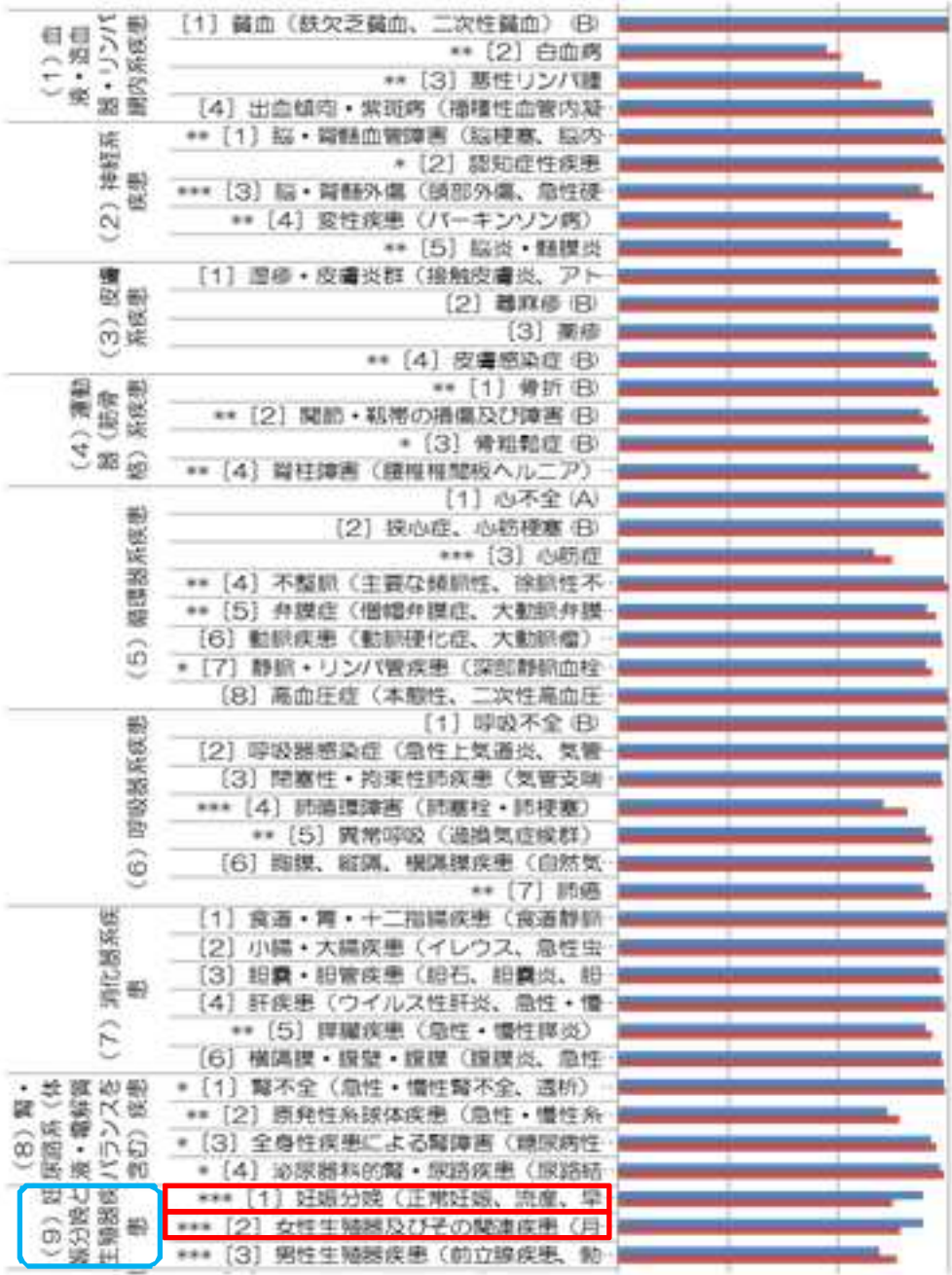
研修制度見直し後、有意に減少した項目

Fisherの直接確率 \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.00001

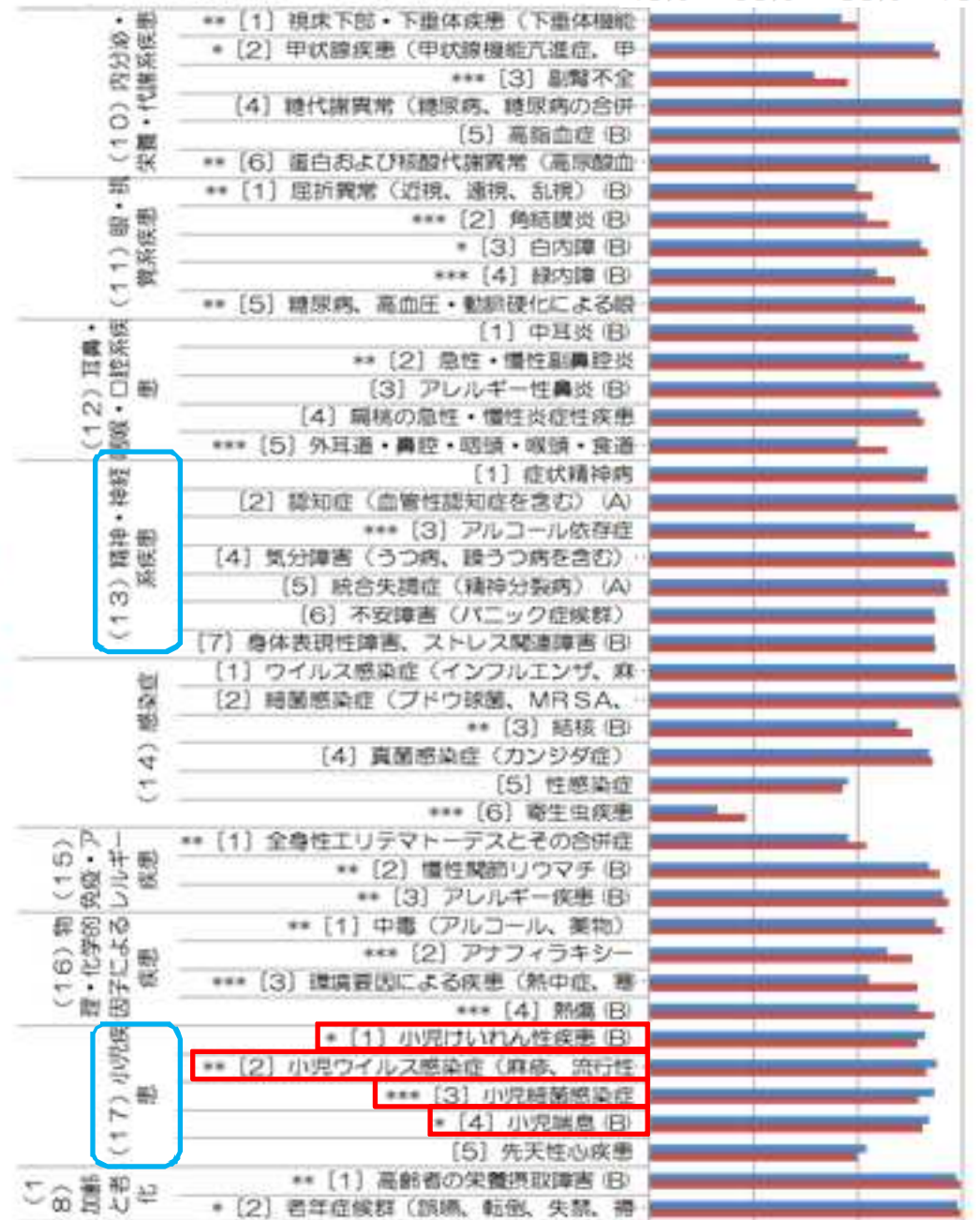


### 3. 経験が求められる疾患・病態

40% 60% 80% 100%



40% 60% 80% 100%



Fisherの直接確率 \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.00001

# 研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」  
(分担研究者：福井次矢(聖路加国際病院長))

- 【対象】平成24年3月末に臨床研修を修了する研修医 回答者：5052名（大学病院：2424名、研修病院：2628名）  
【調査期間】平成24年3月～4月  
【調査手法・対象】研修医に対し、到達目標に定められた98項目の臨床知識等の習得状況及び85項目の経験症例数について、自記質問票を送付、回収した。  
【解析】大学病院と研修病院、継続プログラム\*1と弾カプログラム\*2、それぞれの比較を記述統計的に行った。  
\*1：継続プログラム：内科6か月以上、外科3か月以上、麻酔、救急、産婦、小児、精神、地域医療はそれぞれ1か月以上のローテーション  
(全プログラムにおける継続プログラムの割合：23.9%(大学病院：14.3%、研修病院：32.7%))  
\*2：弾カプログラム：上記以外のローテーション

## 【主な結果】

### 1. 基本的臨床知識・技術・態度の習得状況

○基本的臨床知識・技術・態度に関する98項目のうち、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合

#### ① 大学病院と研修病院の比較

23項目が研修病院 > 大学病院      22項目が大学病院 > 研修病院

#### ② 継続プログラムと弾カプログラムの比較(表1)

12項目が継続プログラム > 弾カプログラム      0項目が弾カプログラム > 継続プログラム

### 2. 経験症例数

○経験症例に関する85項目について、研修医が回答した経験症例数

#### ① 大学病院と研修病院の比較

13項目が研修病院 > 大学病院      6項目が大学病院 > 研修病院

#### ② 継続プログラムと弾カプログラムの比較(表2)

11項目が継続プログラム > 弾カプログラム      1項目が弾カプログラム > 継続プログラム

## 研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

(表1)

基本的臨床知識・技術・態度の習得状況		継続プログラム (%)	弾力プログラム (%)	差 (%) (継続プログラム－弾力プログラム)
継続プログラムに所属する研修医において、「確実にできる、自信がある」または「だいたいできる、たぶんできる」と回答した割合が有意に高い症例 (12項目)	鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	60.7	52.4	8.3
	直腸診で前立腺の異常を判断できる	60.6	55.1	5.5
	妊娠の初期兆候を把握できる	55.5	46.7	8.8
	うつ病の診断基準を述べるができる	59.9	54.6	5.3
	髄液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	82.3	78.6	3.7
	手術の手洗いが適切にできる	100.0	98.5	1.5
	腰椎穿刺を実施できる	89.3	84.4	4.9
	救急患者の重症度および緊急度を判断できる	88.7	83.1	5.6
	ショックの診断と治療ができる	84.4	80.5	3.9
	小児の採血、点滴ができる	77.9	70.2	7.7
	患児の年齢や理解度に応じた説明ができる	85.5	80.4	5.1
	精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる	60.3	55.8	4.5

## 研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

(表2)

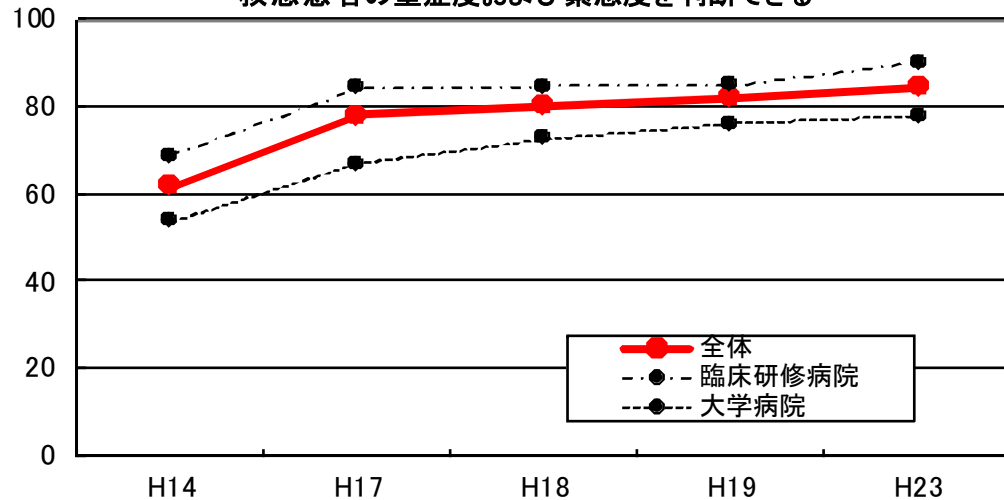
経験症例数		継続プログラム (%)	弾力化プログラム (%)	差 (%) (継続プログラム－弾力化プログラム)
継続プログラムに所属する研修医において、「1症例以上」経験した割合が有意に高い症例 (11項目)	皮膚感染症	100.0	98.6	1.4
	関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靭帯損傷	97.6	95.2	2.4
	妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥)	99.8	86.6	13.2
	男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)	96.0	90.8	5.2
	角結膜炎	92.6	89.6	3
	アレルギー性鼻炎	100.0	98.2	1.8
	統合失調症	100.0	98.6	1.4
	身体表現性障害、ストレス関連障害	99.3	96.9	2.4
	小児けいれん性疾患	98.3	89.0	9.3
	小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)	99.2	93.2	6
	小児喘息	97.6	90.2	7.4
弾力プログラムに所属する研修医において、「1症例以上」経験した割合が有意に高い症例 (1項目)	慢性関節リウマチ	94.6	97.1	-2.5

# 研修医の基本的な診療能力についての経年的評価

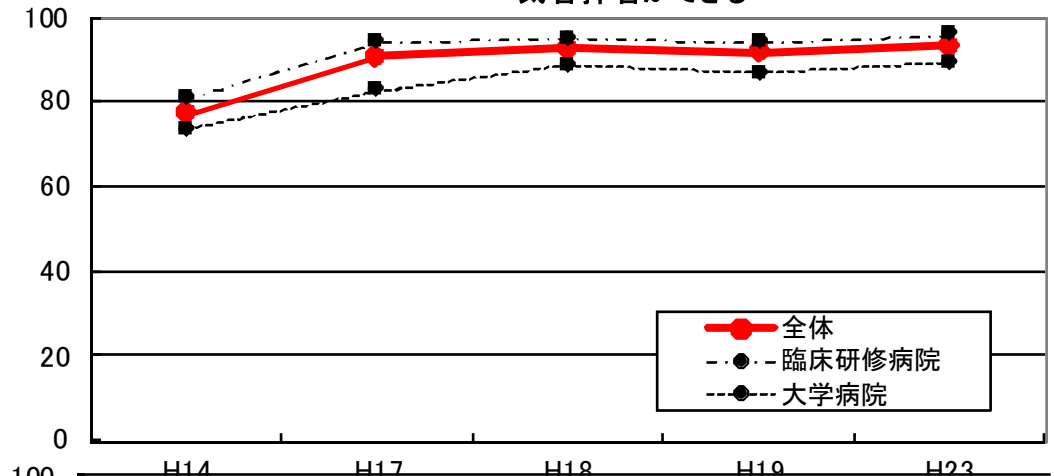
○基本的な臨床知識・技術等について、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合は、全体的に年々上昇。

【調査手法】 研修医に対し、到達目標に定められた臨床知識・技術・態度等の習得状況について自記質問票を送付し、回答を得た。  
 (出典) 平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」(分担研究者: 福井次矢(聖路加国際病院長))

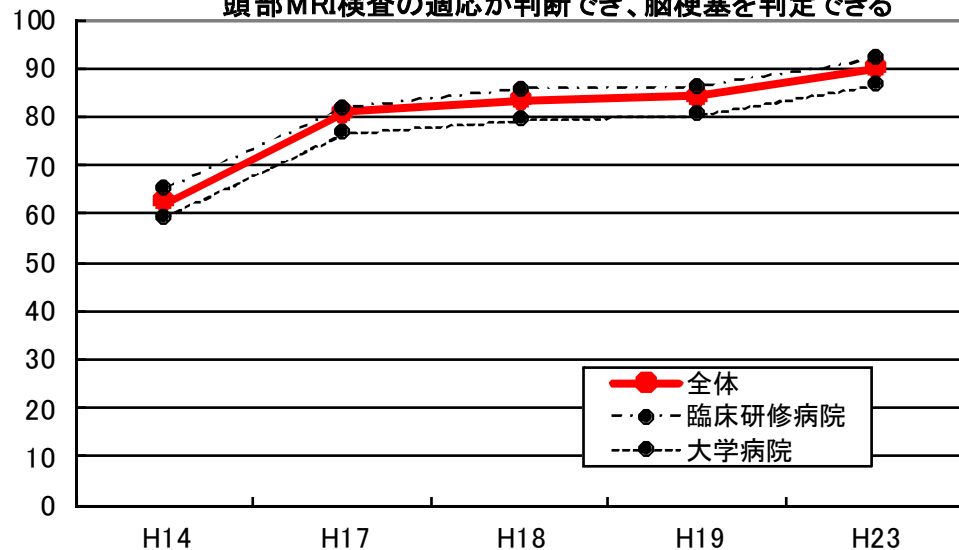
救急患者の重症度および緊急度を判断できる



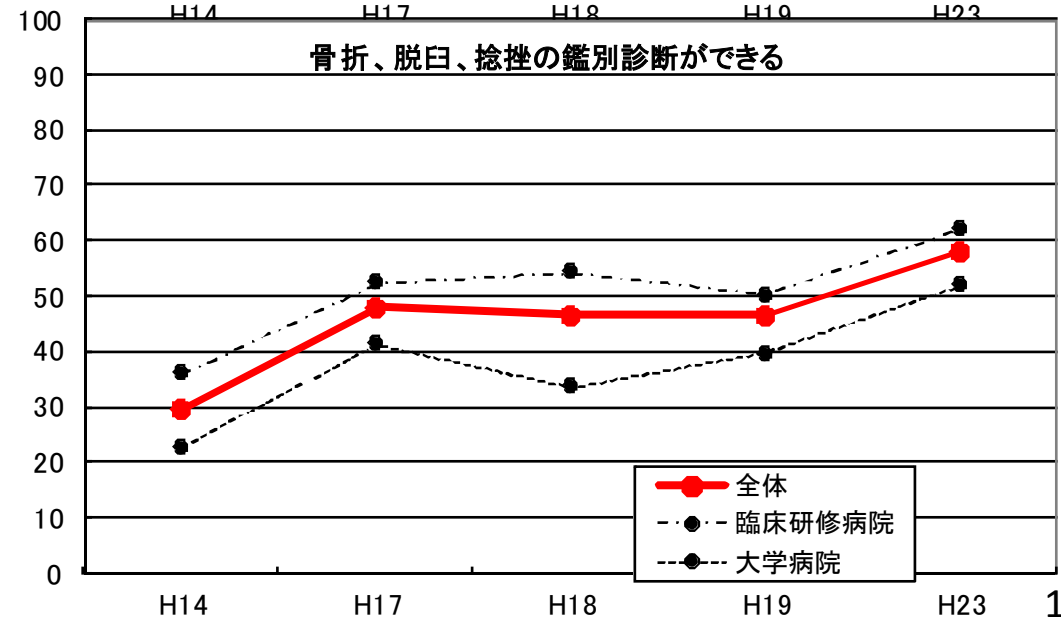
気管挿管ができる



頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる



骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる



## 2. 4) 必要な症例

# 入院患者数別基幹型臨床研修病院の状況

入院患者数	施設数	割合	募集定員	割合	(参考) 24年度 受入実績	
						割合
9,001以上	402施設	39.5%	8,039人	74.9%	6,059人	78.9%
7,001～9,000	177施設	17.4%	1,103人	10.3%	770人	10.0%
5,001～7,000	218施設	21.4%	913人	8.5%	504人	6.6%
3,001～5,000	182施設	17.9%	580人	5.4%	297人	3.9%
<b>3,000未満</b>	<b>40施設</b>	<b>3.9%</b>	<b>104人</b>	<b>1.0%</b>	<b>49人</b>	<b>0.6%</b>
合 計	1,019施設	100.0%	10,739人	100.0%	7,679人	100.0%

※「入院患者数」は、平成23年度年間入院患者数(「平成24年度 基幹型臨床研修病院の状況調査(厚生労働省医政局医事課)」より)

※「施設数」「募集定員」欄は、平成25年度開始の研修の状況

## 必修症候、疾患の経験率等

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」  
分担研究者 田中雄二郎（東京医科歯科大学教授）

# まとめ

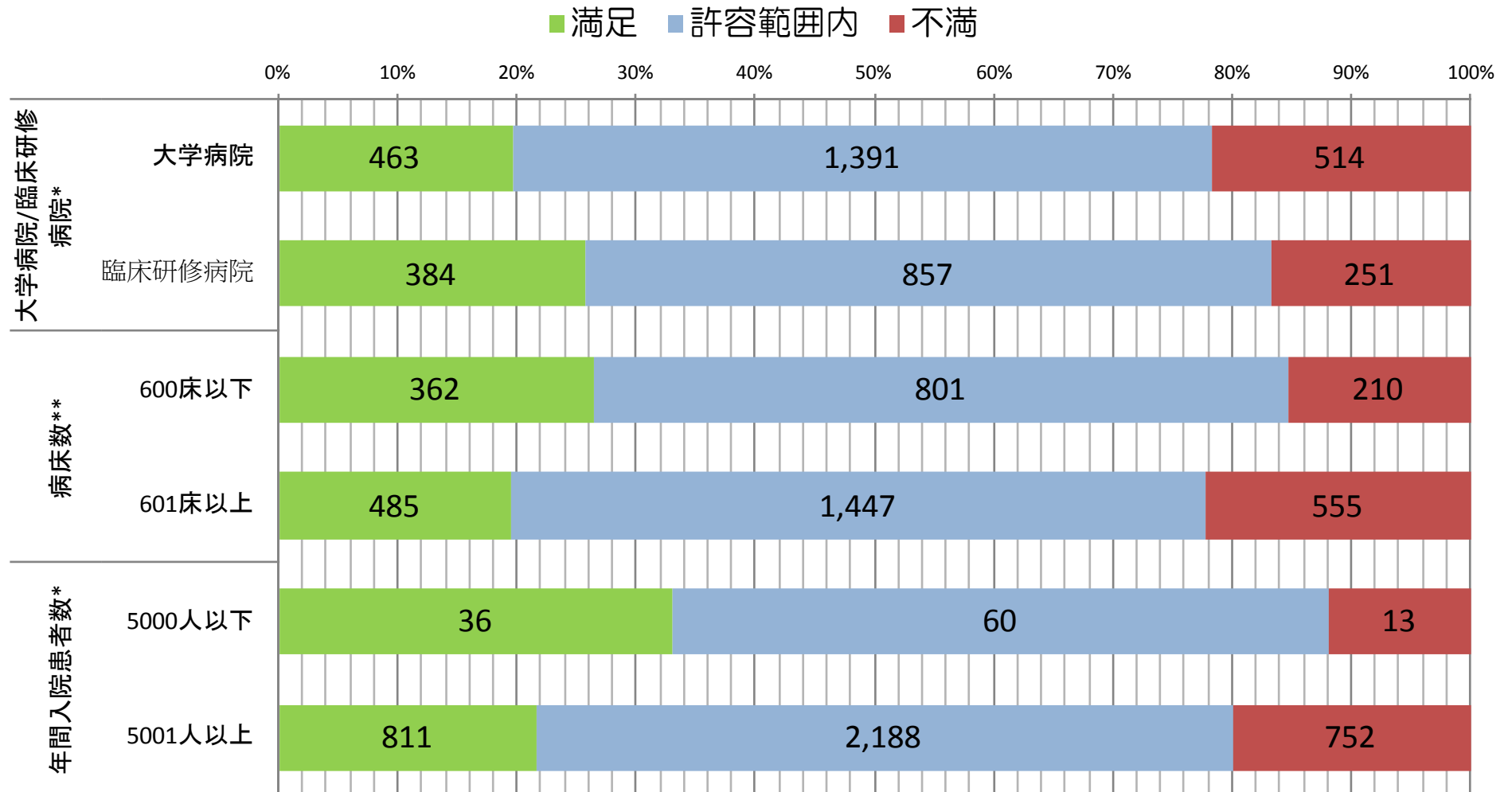
- プログラム満足度は一般研修指定病院、病床数600床以下の方が有意に高い

これらの病院は

- 休暇・休養、手技経験の多様さの満足度が有意に高い
- 疾患の多様性の満足度では差が無い
- 必修症候、疾患の経験率は大学病院プログラムが一般研修指定病院（プログラム）より有意に高く、病床数、入院患者数の多い病院の方が有意に高い

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」  
 分担研究者 田中雄二郎（東京医科歯科大学教授）

## 休暇・休養 600床以下の方が満足度が高い



2010年開始研修医のEPOC集計 \*\*\*:p<0.0001 \*\*:1%有意 \*:5%有意



## 小規模の臨床研修病院に対する実地訪問調査

出典：初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

(平成22年度厚生労働科学研究 総括研究報告書【抜粋】)

考察)

小規模研修病院として、平成21年度、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3000人未満の6病院を訪問し、その研修体制・実施状況を調査し、研修医に対するインタビューを通じて教育成果を検証した。

研修体制に関してはすべての病院において研修管理委員会などが適切に運営されていた。また、指導者の数、質ともに要件を満たしていたし、さらにいわゆる教育熱心な指導医が多いように見受けられた。小規模病院の特徴として、研修医個々人に対応したきめの細かい指導とコメディカルスタッフを含めた病院全体の温かい家庭的な雰囲気が見られた。小規模病院ではすべての診療科を自病院で研修することはできにくく、近隣の大病院と連携している事実が明らかになった。その連携の実態は、きめ細かいものが多く、研修医の満足度も高かった。

研修医のインタビューを通じて明らかになったことは、きめ細かい指導を受けているため概して臨床能力は高く、臨床研修の到達目標にある行動目標、経験目標はしっかりと達成しており、むしろ標準以上と思われた。

## 2. 5) 指導・管理体制

# 臨床研修を行う病院の組織体制

## 研修管理委員会

- ・研修プログラムの作成やプログラム間の調整
- ・臨床研修実施の統括管理(研修医の採用・中断・評価等)

[構成員]

- ・基幹型病院の管理者  
(・臨床研修修了の管理、研修中断時の進路指導)
- ・基幹型病院の事務部門責任者
- ・プログラム責任者
- ・協力型病院・協力施設の研修実施責任者
- ・外部有識者等

修了基準に不足している部分についての研修が行えるようプログラム責任者や指導医に指導・助言

研修進捗状況の情報提供

プログラム責任者(研修プログラムの企画立案・実施の管理)

・助言、指導  
・研修プログラムの調整

・研修方針の指示  
・決定事項伝達  
・臨床研修に関する啓発

・研修目標達成状況/評価の報告  
(担当分野の研修期間修了時)

臨床研修指導医

各診療科・部門

指導監督

報告

指導

上級医

指導

報告・連絡・相談

研修医

# 指導医講習会 開催指針

- 厚生労働省より、「指導医講習会」開催者が参考とすべき形式、内容等を以下の通り定めている。  
(平成16年3月 医政局長通知)

## 【概要】

### <開催期間>

原則2泊3日以上で開催され、実質的な講習時間の合計は、16時間以上であること。

開催期間が1泊2日である場合においても、実質的な講習時間の合計は、16時間以上であること。

### <形式>

- いわゆるワークショップ(参加者主体の体験型研修)形式で実施され、以下の要件を満たすこと。

- ・指導医講習会の目標を明示
- ・一回当たりの参加者数が50名以内
- ・参加者が6名－10名のグループに分かれて行う討議・発表を重視
- ・参加者間のコミュニケーションの確保に配慮
- ・参加者が能動的・主体的に参加するプログラム 等

### <テーマ>

次に掲げる項目のいくつかがテーマとして含まれていること。

- ① 新たな医師臨床研修制度
- ② プライマリ・ケアの基本的診療能力
- ③ 医療の社会性
- ④ 患者と医師との関係
- ⑤ 医療面接
- ⑥ 根拠に基づいた医療(EBM)
- ⑦ 医療安全管理
- ⑧ 地域保健・医療
- ⑨ 指導医の在り方
- ⑩ 研修プログラムの立案(研修目標、研修方略及び研修評価の実施計画の作成)
- ⑪ 研修医、指導医及び研修プログラムの評価
- ⑫ その他臨床研修に必要な事項

# 臨床研修指導医の資質等について

平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」  
分担研究者 安田 あゆ子 (名古屋大学医学部附属病院)

## ○調査概要

【対象】平成24年3月に基幹型相当大学病院もしくは臨床研修病院に在籍する臨床研修指導医

有効回答数 16,647 平均年齢 47.0歳 男女比 男：女=88.0%: 10.4%

【調査期間】平成24年3月～4月

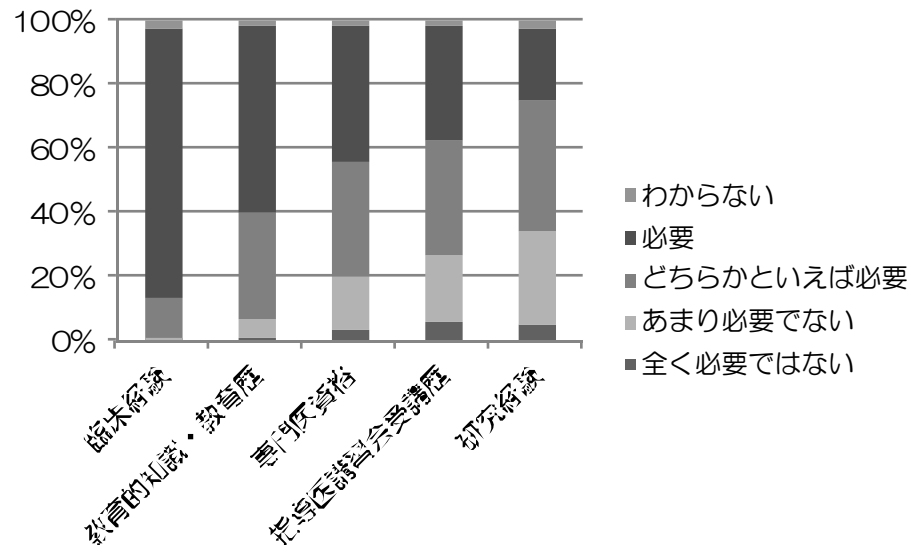
【調査手法】基幹型病院を通じ各患者に調査を依頼し、無記名、密封にて回収した。

## ○調査結果（抜粋）

### <指導医に求められる資質>

- 臨床研修指導医講習会：指導の参考になる(49.6%)、ならない(19.7%)、どちらともいえない(30.1%)
- 必要なテーマ：参考になる→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
- 臨床研修指導医に必要な事項：臨床経験>教育歴・知識>専門医資格>指導医講習会受講歴>研究経験

指導医に必要な経験



# 指導医講習会に対する理解度・有用性の評価

出典：平成24年度指導医に対するアンケート調査（厚生労働省調べ）

（調査手法）平成24年度中に実施された指導医講習会において、受講者に対しアンケート調査票を配布、回収。

<回答者数> 4297名

（対象者数：5321名：回収率80%）

- 「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」を中心に、役に立つと回答した者が多い。
- 講習会全体について、「どちらかといえば/ とても役に立つ」と回答した者は、約8割である。

(N=4297)	理解度(単数回答(無回答は除く))			有用性(単数回答(無回答は除く))		
	理解できなかった	まあまあ理解できた	大変よく理解できた	全く/あまり役に立たない	どちらともいえない	どちらかといえば/とても役に立つ
新たな臨床研修制度	352(8.2%)	2,275(52.9%)	1,112(25.9%)	199(4.7%)	707(16.5%)	2,849(66.3%)
プライマリケアの基本的診療能力	264(6.1%)	1,652(38.4%)	622(14.5%)	122(2.9%)	560(13.0%)	1,897(44.2%)
医療の社会性	232(5.4%)	1,698(39.5%)	642(14.9%)	110(2.6%)	620(14.4%)	1,885(43.9%)
患者と医師との関係	263(6.1%)	1,622(37.7%)	1,000(23.3%)	96(2.2%)	472(11.0%)	2,369(55.1%)
医療面接	265(6.2%)	1,438(33.5%)	822(19.1%)	103(2.4%)	485(11.3%)	1,979(46.1%)
根拠に基づいた医療(EBM)	280(6.5%)	1,231(28.6%)	504(11.7%)	120(2.8%)	474(11.0%)	1,440(33.5%)
医療安全管理	277(6.4%)	1,556(36.2%)	753(17.5%)	105(2.5%)	496(11.5%)	2,027(47.2%)
地域保健・医療	275(6.4%)	1,519(35.4%)	645(15.0%)	136(3.2%)	580(13.5%)	1,759(41.0%)
指導医の在り方	417(9.7%)	1,638(38.1%)	1,867(43.4%)	108(2.5%)	296(6.9%)	3,592(83.6%)
研修プログラムの立案 (研修目標・方略・評価の計画作成)	413(9.6%)	2,152(50.1%)	1,442(33.6%)	172(4.0%)	498(11.6%)	3,403(79.2%)
研修医、指導医及び研修プログラムの評価	395(9.2%)	2,034(47.3%)	1,392(32.4%)	139(3.3%)	419(9.8%)	3,346(77.9%)
研修医指導方法 (フィードバック、コーチング等)	445(10.4%)	1,784(41.5%)	1,779(41.4%)	112(2.6%)	280(6.5%)	3,695(86.0%)
問題を抱えた研修医への対応 (メンタルヘルス等)	412(9.6%)	1,825(42.5%)	1,168(27.2%)	145(3.4%)	484(11.3%)	2,844(66.2%)
講習会全体	357(8.3%)	2,279(53.0%)	1,349(31.4%)	123(2.8%)	271(6.3%)	3,704(86.2%)

## 2. 7) 中断及び再開、修了

# 中断の状況

○研修医の1.3%(平成18~21年度の平均)が研修の中断を経験している。

研修開始年度	大学病院			臨床研修病院			合計		
	研修医 受入実績 A	中断者数 B	B/A	研修医 受入実績 A	中断者数 B	B/A	研修医 受入実績 A	中断者数 B	B/A
平成18年度	3,451人	40人	1.2%	4,266人	71人	1.7%	7,717人	111人	1.4%
平成19年度	3,423人	40人	1.2%	4,137人	48人	1.2%	7,560人	88人	1.2%
平成20年度	3,591人	35人	1.0%	4,144人	53人	1.3%	7,735人	88人	1.1%
平成21年度	3,575人	52人	1.5%	4,069人	53人	1.3%	7,644人	105人	1.4%
計	14,040人	167人	1.2%	16,616人	225人	1.4%	30,656人	392人	1.3%

注1) 研修医受入実績は、各年度における4月現在の受入実績

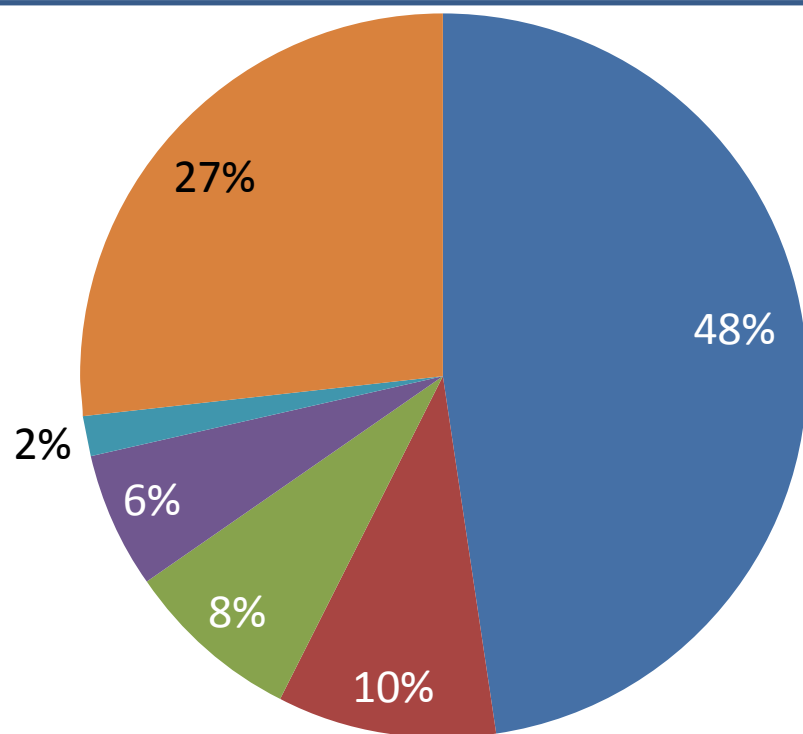
注2) 中断者数は、研修医が研修を中断した旨、研修病院から地方厚生局に報告があった人数。(同一人物が2回以上中断している場合でも1人としている。)

(厚生労働省調べ)<sup>30</sup>



# 中断の理由(全体)

○中断の48% (平成18~21年度の平均)が「病気療養」を理由とするものとなっている。

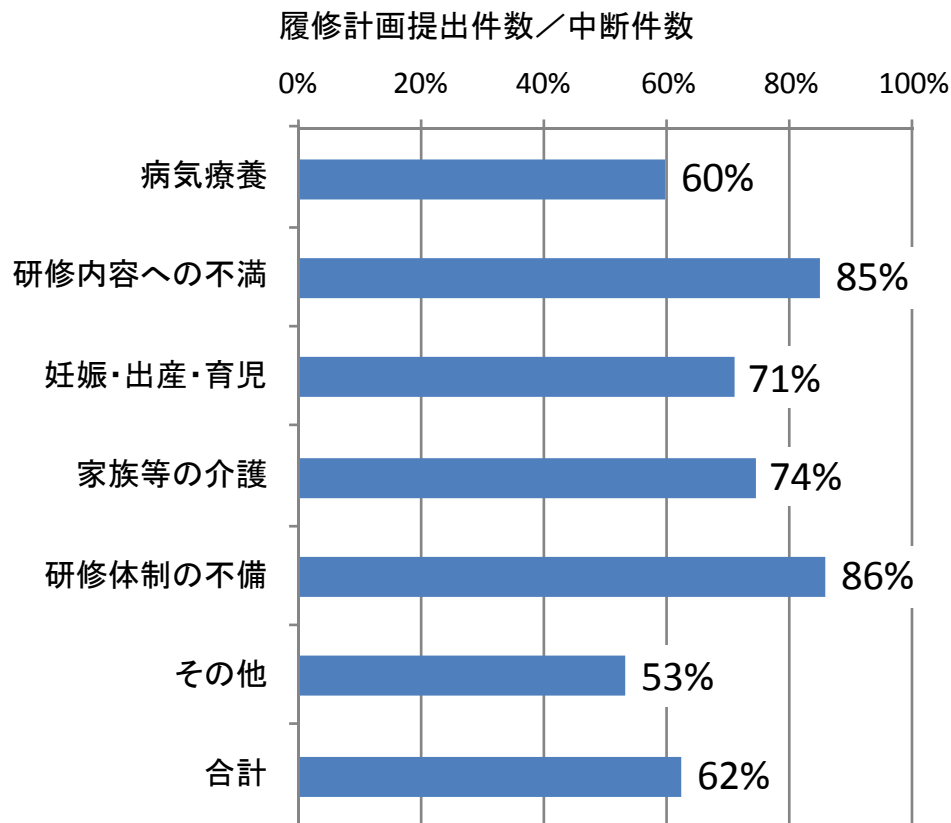


- 病気療養
- 研修内容への不満
- 妊娠・出産・育児
- 家族等の介護
- 研修体制の不備
- その他

中断理由	中断者数	比率
病気療養	187人	48%
研修内容への不満	39人	10%
妊娠・出産・育児	31人	8%
家族等の介護	25人	6%
研修体制の不備	6人	2%
その他	104人	27%
計	392人	100%

# 中断者の研修再開状況

○中断した研修は、62%（平成18～21年度の平均）の割合で再開している。  
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。



中断理由	中断件数 A	履修計画提出件数 B	B/A
病気療養	205件	122件	60%
研修内容への不満	39件	33件	85%
妊娠・出産・育児	34件	24件	71%
家族等の介護	27件	20件	74%
研修体制の不備	7件	6件	86%
その他	117件	63件	54%
計	429件	268件	62%

※ 中断件数は、研修医が研修を中断した旨、研修病院から地方厚生局に報告があった件数。（同一人物が2回以上中断している場合は、それぞれ件数をカウントしている。）

# 未修了者の状況

○研修医の1.0%(平成18~21年度の平均)が研修期間終了の際、未修了と評価されている。

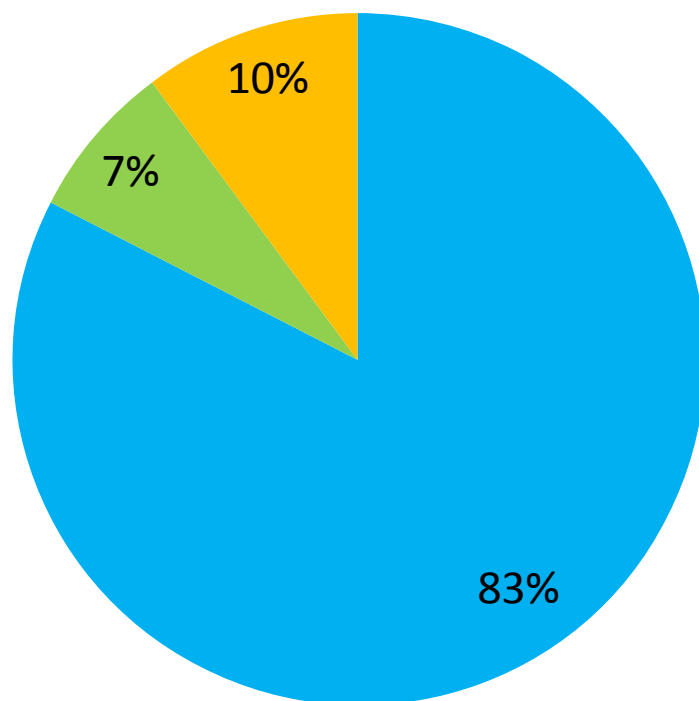
研修開始年度	大学病院			臨床研修病院			合計		
	研修医 受入実績 A	未修了者数 B	B/A	研修医 受入実績 A	未修了者数 B	B/A	研修医 受入実績 A	未修了者数 B	B/A
平成18年度	3,451人	74人	2.1%	4,266人	28人	0.7%	7,717人	102人	1.3%
平成19年度	3,423人	41人	1.2%	4,137人	29人	0.7%	7,560人	70人	0.9%
平成20年度	3,591人	39人	1.1%	4,144人	34人	0.8%	7,735人	73人	0.9%
平成21年度	3,575人	37人	1.0%	4,069人	21人	0.5%	7,644人	58人	0.8%
計	14,040人	191人	1.4%	16,616人	112人	0.7%	30,656人	303人	1.0%

注1)「研修医受入実績」は、各年度における4月現在の受入実績

注2)「未修了者数」は、未修了者に対する履修計画について、研修病院から地方厚生局に報告があった人数。(同一人物が2回以上未修了となっている場合でも1人としている。)

# 未修了の理由(全体)

○未修了の理由は、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% (平成18~21年度の平均)を占める。



- 研修実施期間
- 目標の達成度
- 臨床医としての適性

	計	比率
研修実施期間	251人	83%
目標の達成度	22人	7%
臨床医としての適性	30人	10%
計	303人	100%

## 2. 8) 研修医の処遇の確保・キャリア形成支援

# 臨床研修医の推計年収①

平成23年度採用予定の臨床研修医の推計年収※1

	1年次			2年次		
	大学病院 (114病院)	臨床研修病院 (924病院)	合計 (1038病院)	大学病院 (114病院)	臨床研修病院 (924病院)	合計 (1038病院)
平均※2	3,074,172円	4,510,339円	<u>4,352,610円</u>	3,123,132円	5,021,376円	<u>4,812,899円</u>
最大※3	4,239,600円	9,550,000円	<u>9,550,000円</u>	4,560,000円	10,026,000円	<u>10,260,000円</u>
最小	1,842,000円	2,358,000円	<u>1,842,000円</u>	1,842,000円	2,419,200円	<u>1,842,000円</u>

※1) 推計年収は、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)。

※2) 平成23年度に臨床研修の実施を予定している全国の基幹型臨床研修病院の推計年収の平均を算出した

※3) 研修医に対して年間720万円以上の給与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。

## (参考)民間医師の平均給与

年齢	24歳以上28歳未満	28歳以上32歳未満	32歳以上36歳未満	36歳以上40歳未満
月額	559,069円	613,703円	752,864円	816,424円

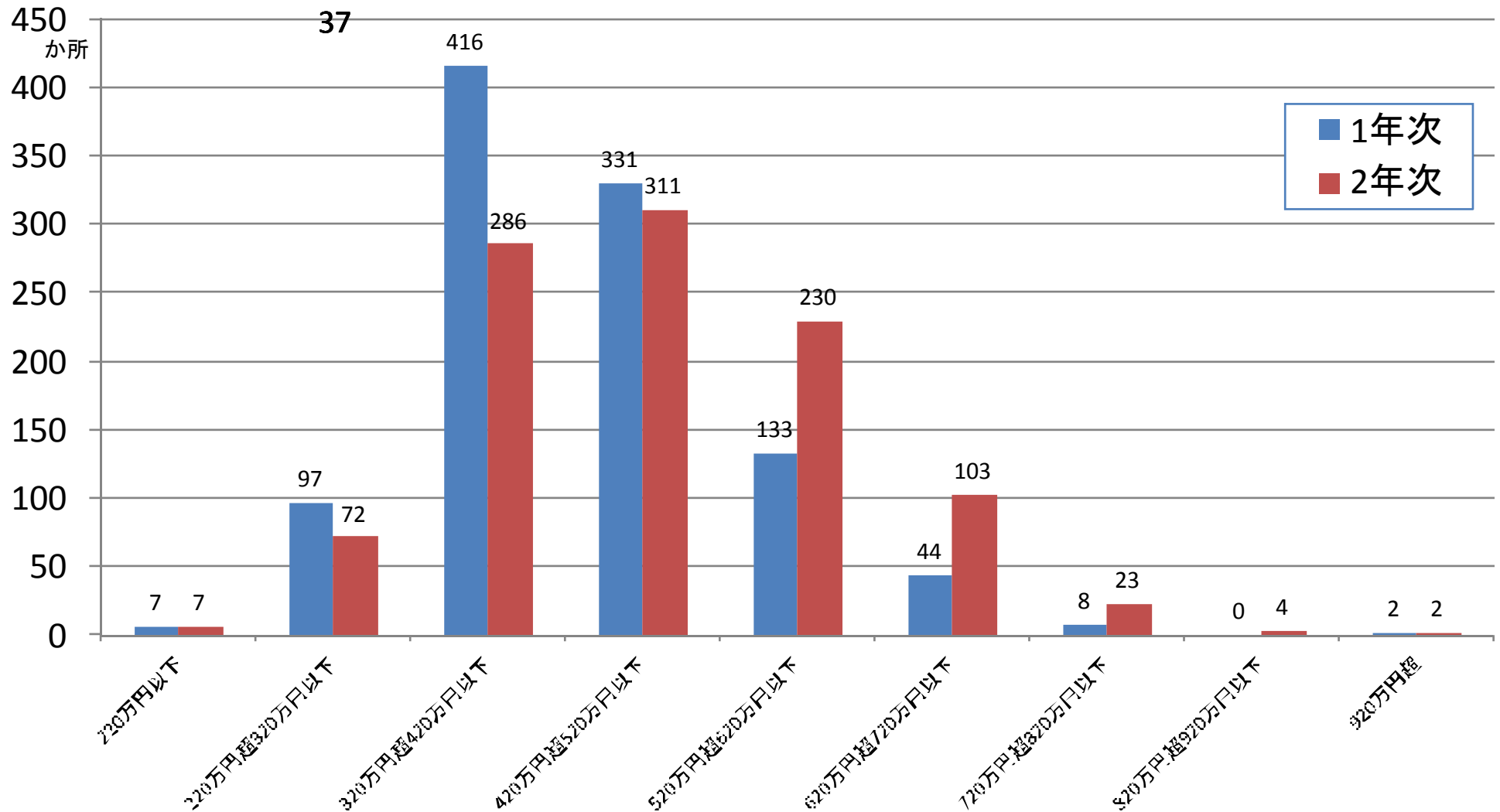
注) 平均給与月額には、通勤手当や超過勤務手当など実費弁償的又は実績支給である給与は含まない

出典: 人事院 平成22年職種別民間給与実態調査

# 臨床研修医の推計年収②

○臨床研修医の給与は概ね320～720万円の範囲内にある。

基幹型臨床研修病院数

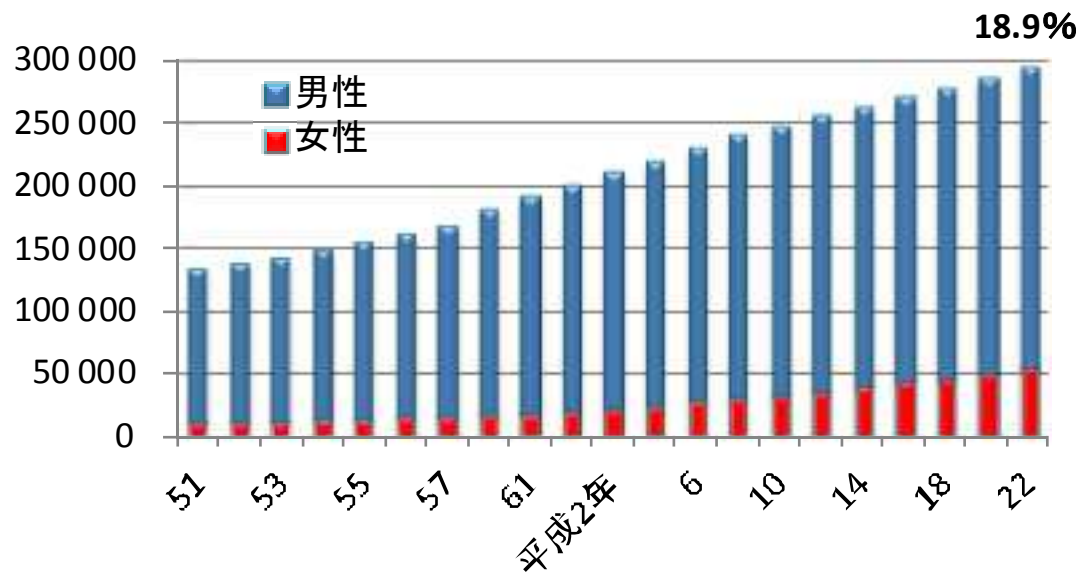


- ※ 平成23年度に臨床研修の実施を予定している全国1,038の基幹型臨床研修病院に対して平成22年11月に調査を行った。
- ※ 推計年収は、研修医の業務量、住居、通勤経路、家族構成にかかわらず決まって支払われる給与（賞与含む）。
- ※ 自治医科大学卒の研修医で受入病院の処遇と異なっている場合は、その処遇は含めていない

# 女性医師の年次推移

- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成22年時点で18.9%を占める。
- 近年、若年層における女性医師は増加しているが、過去10年間における**医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1で横ばい状態となっている。**

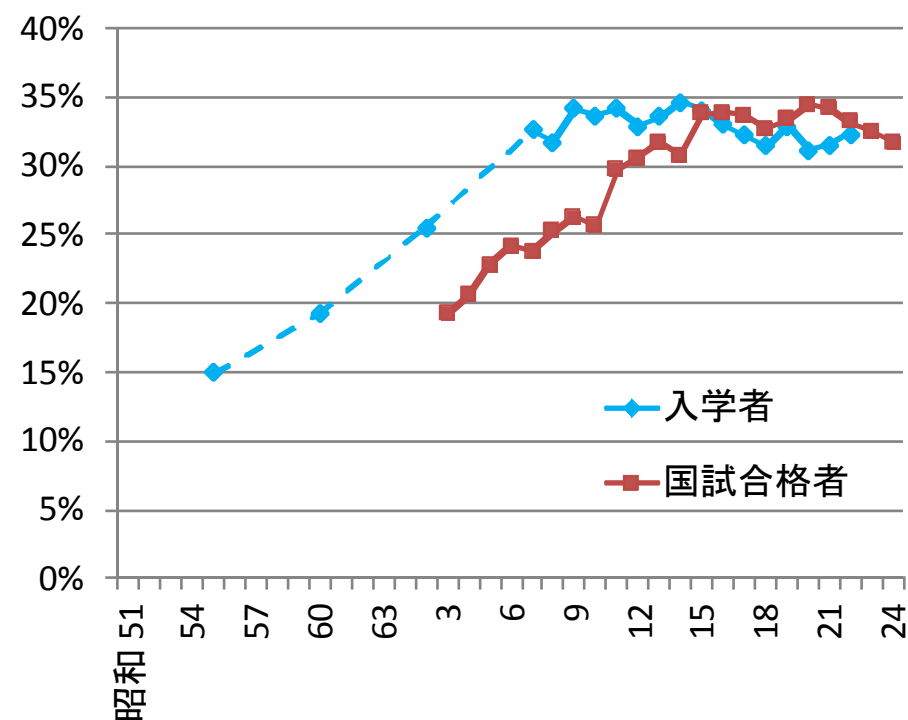
女性医師数の割合



※ 医師数全体に占める割合

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合

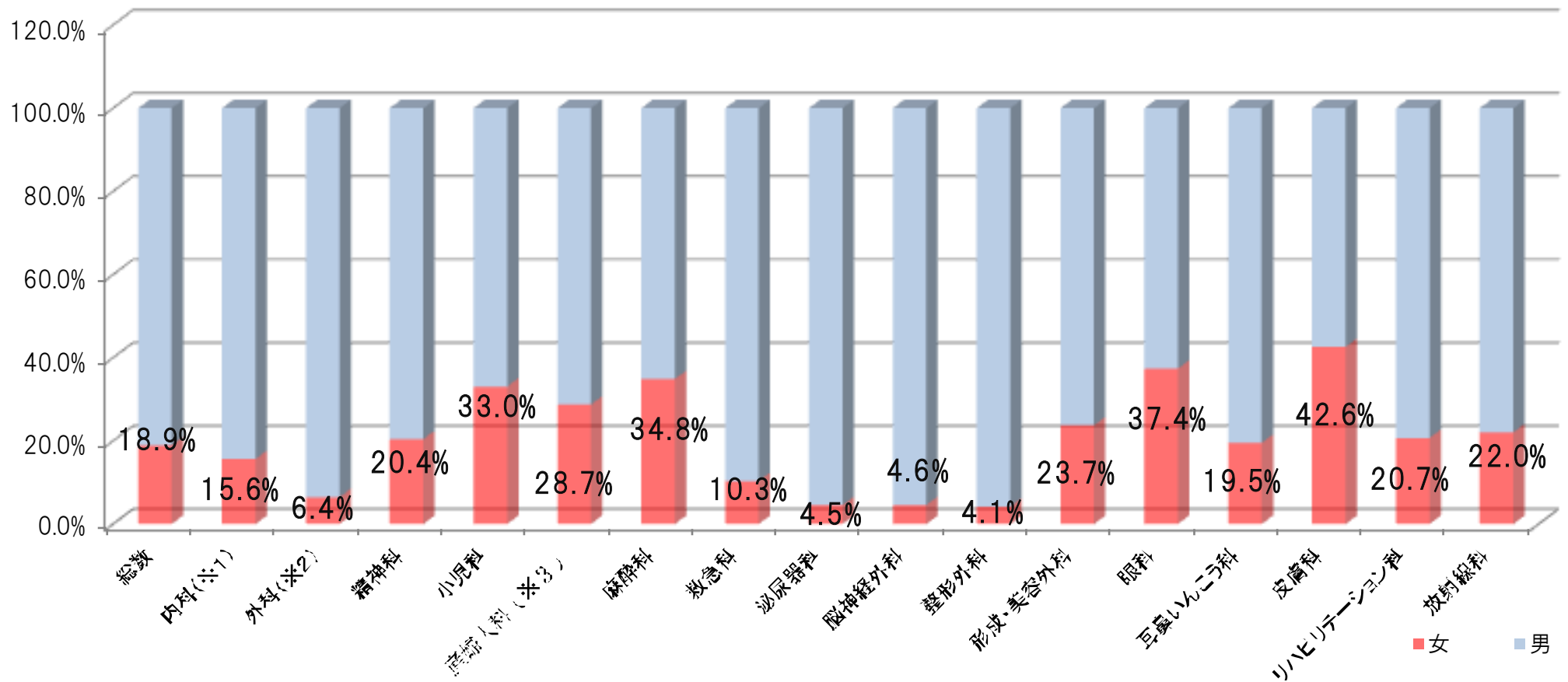


(出典) 学校基本調査(文部科学省)  
医政局医事課試験免許室調べ



# 診療科別の医師男女比率

- 全医師数に占める女性医師の割合は18.9%であり、前回調査の18.1%と比べて増加している。
- 皮膚科や眼科、小児科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科や脳神経外科などの診療科では低い。



※1・・・内科、腎内、血内、糖尿病、循内、消内、神内、アレルギー、リウマチ、感染症、心療内科

※2・・・外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科

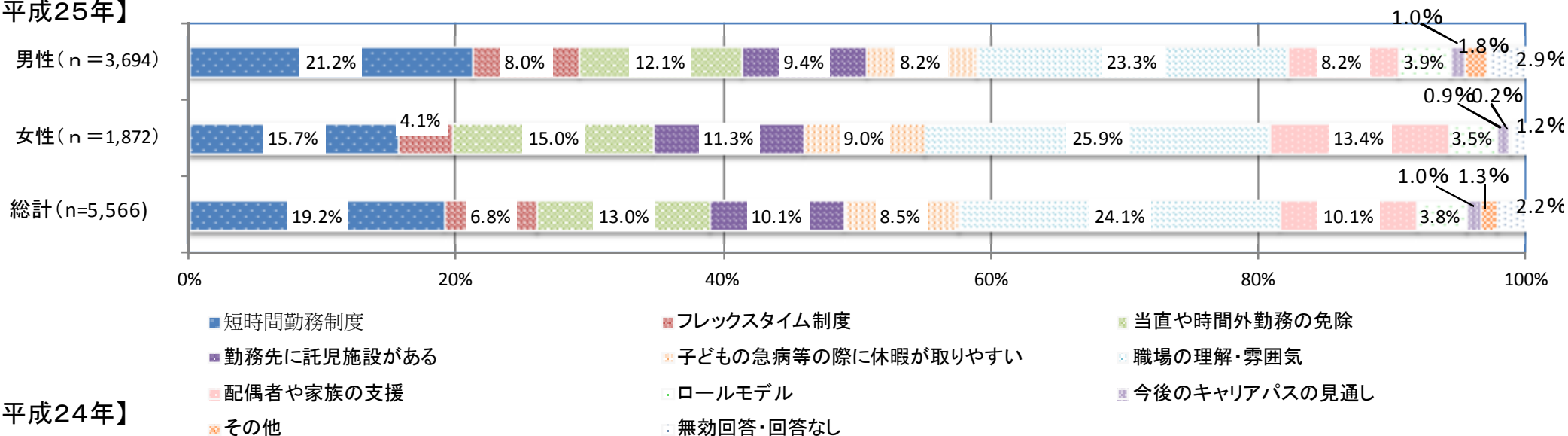
※3・・・産婦人科、産科、婦人科

# 子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件

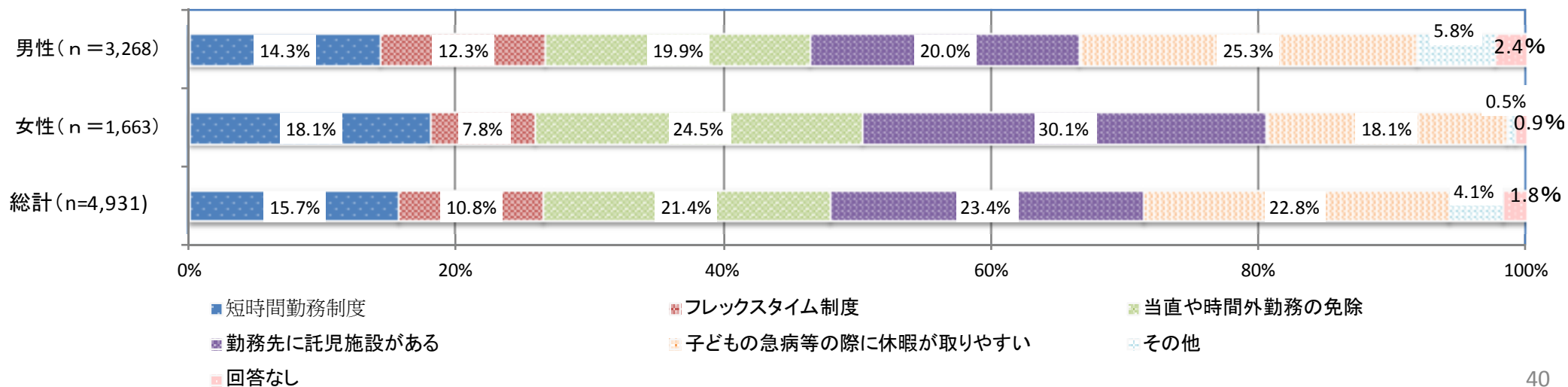
○子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件は、「職場の理解・雰囲気」「短時間勤務制度」「当直や時間外勤務の免除」「勤務先に託児施設がある」「配偶者や家族の支援」の順に多い。

子育てをしながら勤務を続ける上で必要と考えられるもの（複数回答のうち「最も必要」と回答した項目）

【平成25年】



【平成24年】



### 3. 1) 臨床研修制度と地域医療との関係

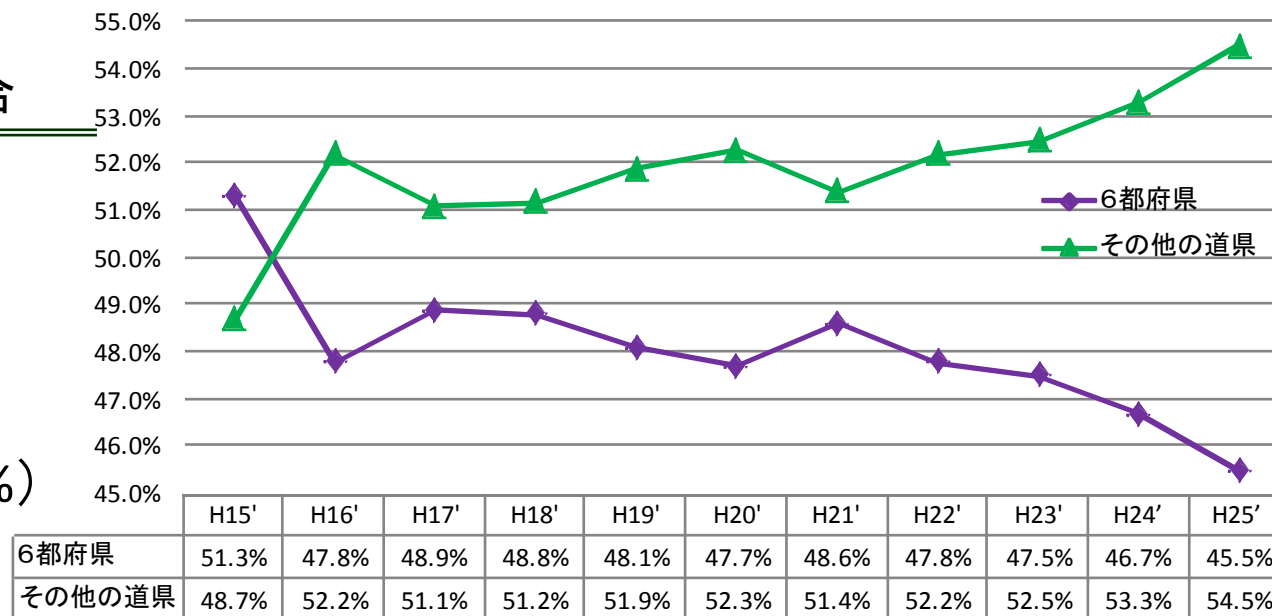
# 研修医の採用実績<6都府県とその他の道県>

○ 臨床研修医の採用実績の割合について、制度導入後、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、その他の道県では増加傾向にある。

採用割合の推移

## 6都府県以外の採用実績の割合

23年度 52.5%  
↓  
24年度 53.3%  
↓  
25年度 54.5%(+1.2%)



(人)

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'
6都府県	4,193	3,526	3,680	3,766	3,640	3,689	3,715	3,585	3,643	3,584	3,493
その他の道県	3,973	3,846	3,846	3,951	3,920	4,046	3,929	3,921	4,029	4,095	4,181
計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674

平成25年8月20日公表

# 若手医師の動向について

○臨床研修修了者について、卒業医学部ごとに、

- ・「高校等まで最も長くいた都道府県(いわゆる、出身都道府県)」
- ・「臨床研修を行った基幹型病院が所在する都道府県(原則として、医師1・2年目)」
- ・「臨床研修修了後に従事する予定の都道府県(原則として、医師3年目)」

を尋ねたところ、以下のような傾向が見られた。

(出典:平成24年臨床研修修了者アンケート調査)

○各都道府県の卒業医学部の人数を100(%)とし、その動向をみると、多くの都道府県で、

- ・当該都道府県出身者数に比べ、医師1・2年目及び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。)

- ・医師1・2年目→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。

(注)回答者数が少ない都道府県(特に50人に満たないもの)には留意が必要。

# (例) 福島県の医学部卒業生の動向

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成24年）（厚生労働省調べ）

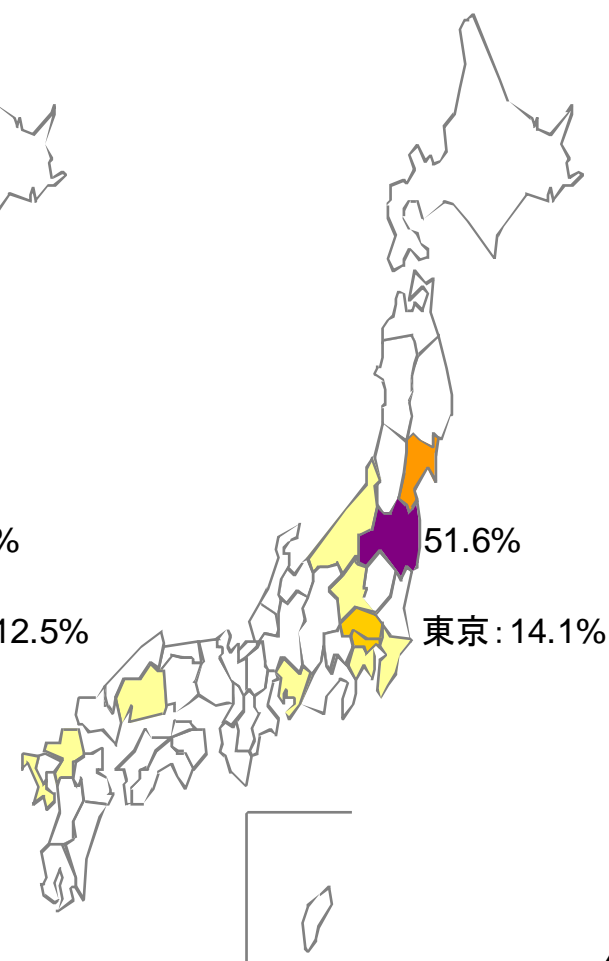
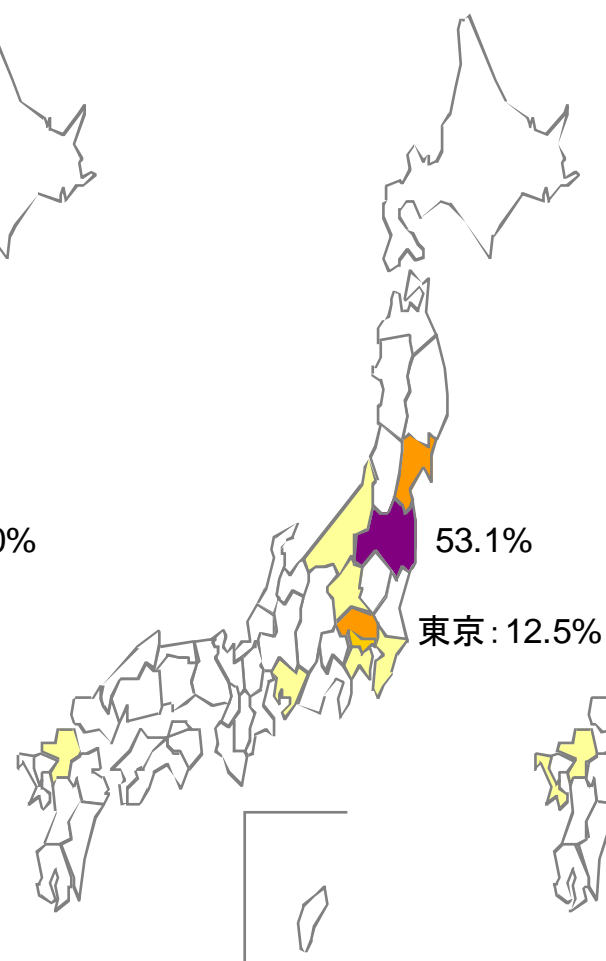
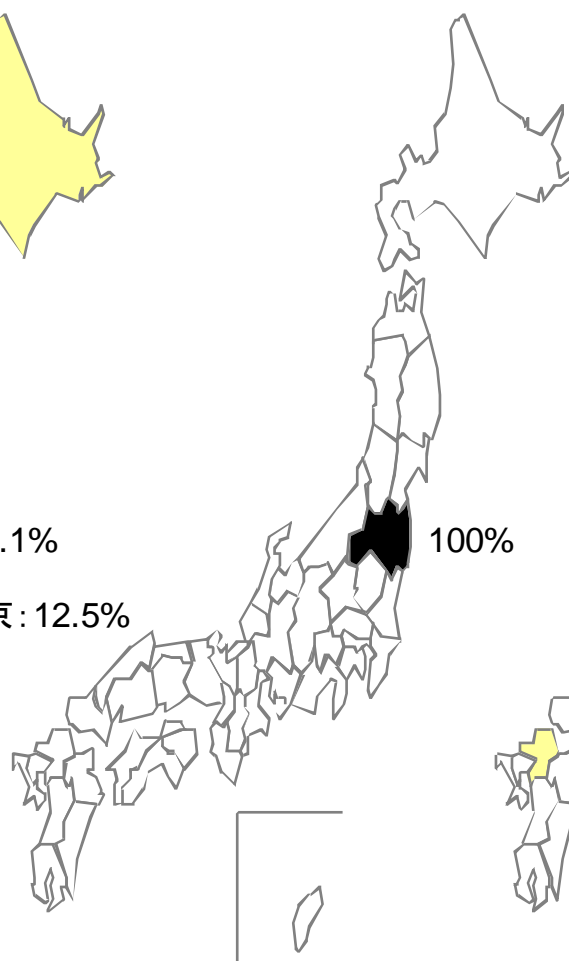
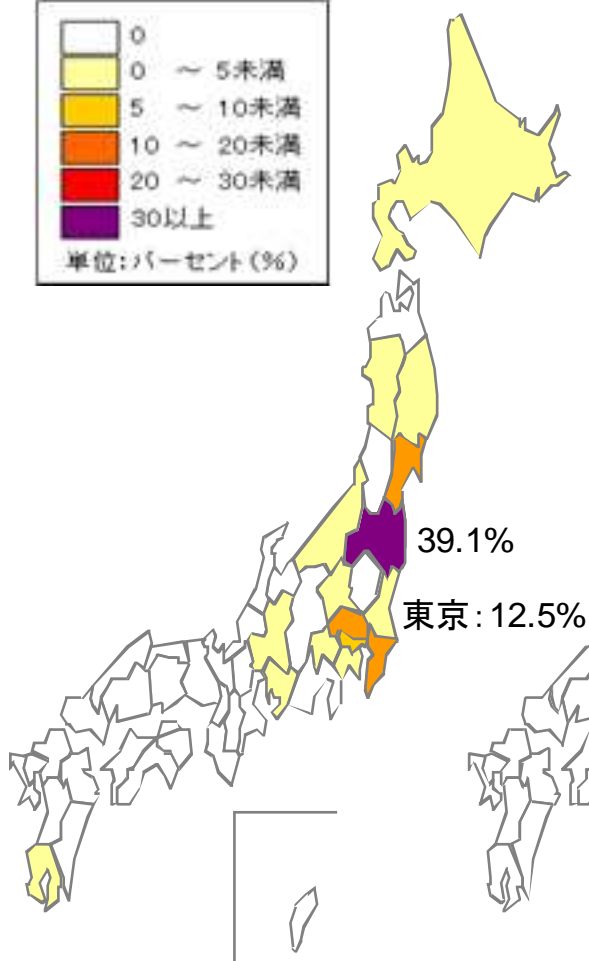
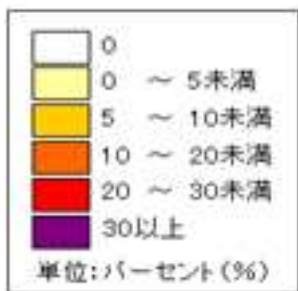
(参考: 大学入学前)  
 (高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県)

**大学**  
**(福島県内)**

(回答者: 64人)

**医師1年目**  
 (臨床研修を行った都道府県)

**医師3年目**  
 (研修終了後の都道府県)



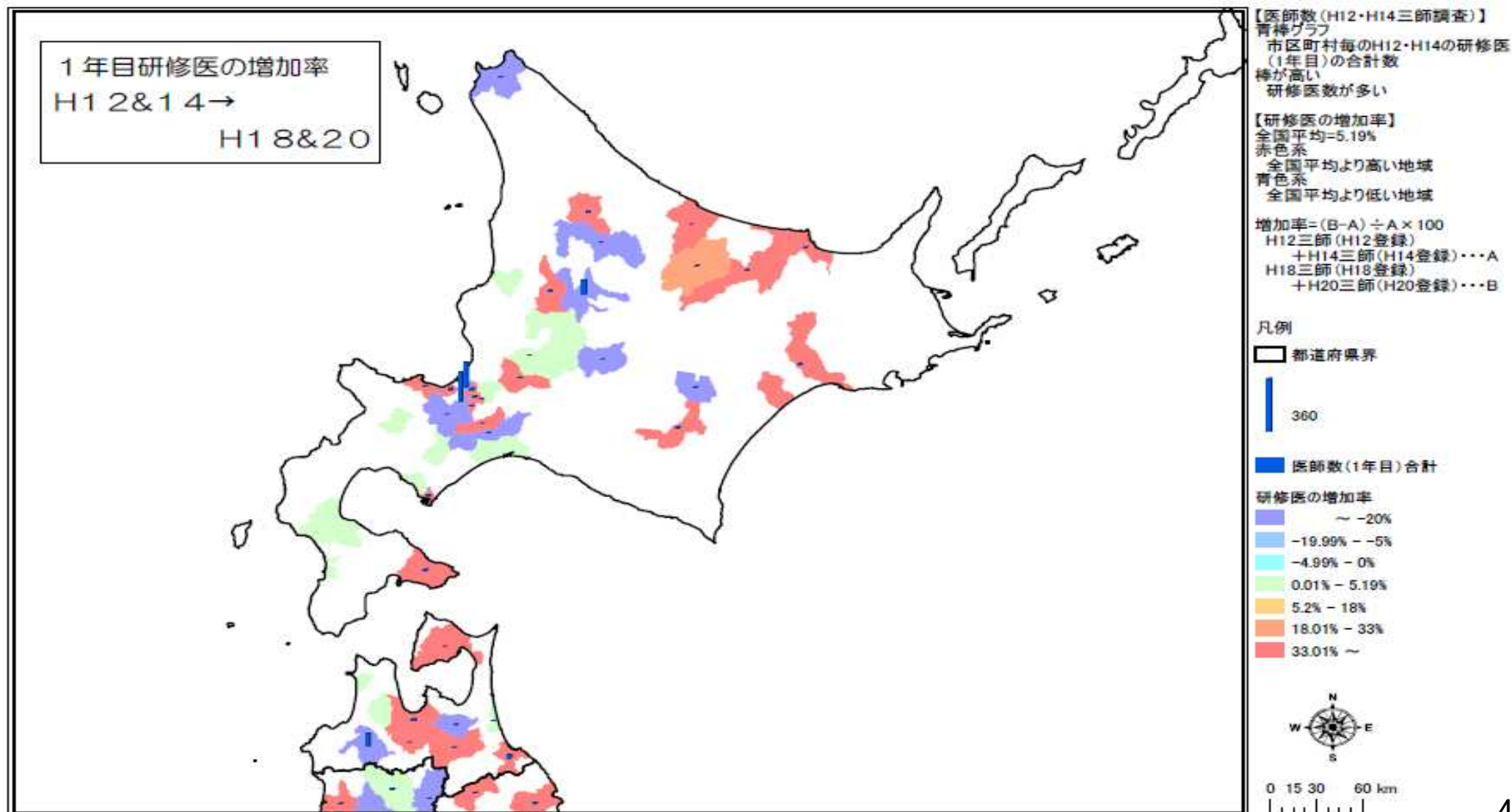
# — 地図情報システム (GIS) を活用して可視化した研修医の分布の推移 —

平成22年度厚生労働科学研究「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」

(研究代表者: 桐野高明国立国際医療研究センター総長)

## < 研修医の増加率 (市区町村別) >

○ 制度導入後、都市部 (都道府県庁所在地等) 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。

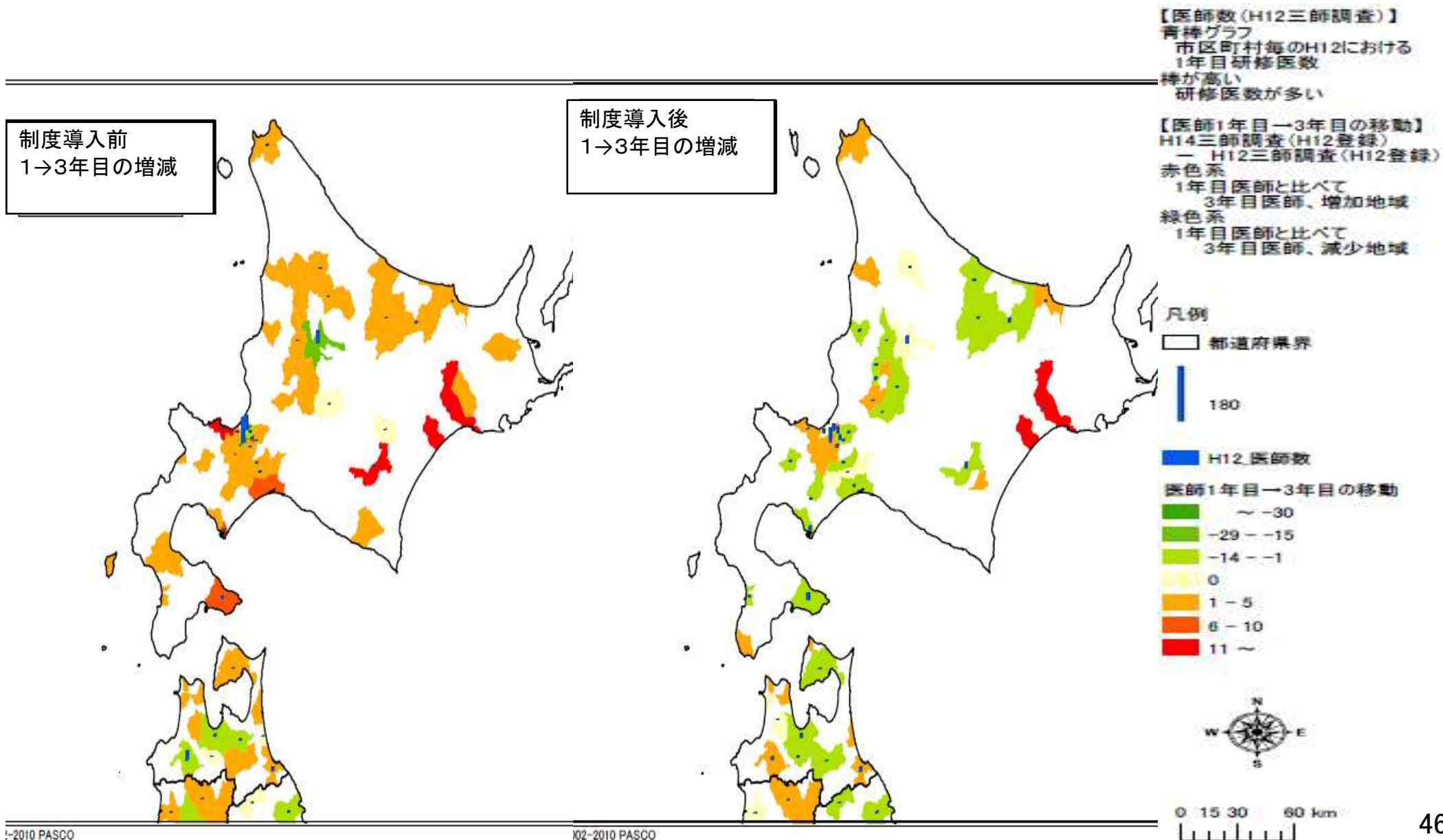


## <研修医の研修終了後の移動(1→3年目)(市区町村別)>

※データの詳細については、臨床研修の評価に関するWG第4回資料参照。

○ 医師3年目において、

- ・制度導入前は、都市部から周辺地域に医師が移動する傾向がみられるのに対し、
- ・制度導入後は、逆に、周辺地域から都市部に医師が移動する傾向がみられる。



制度導入前  
1→3年目の増減

制度導入後  
1→3年目の増減



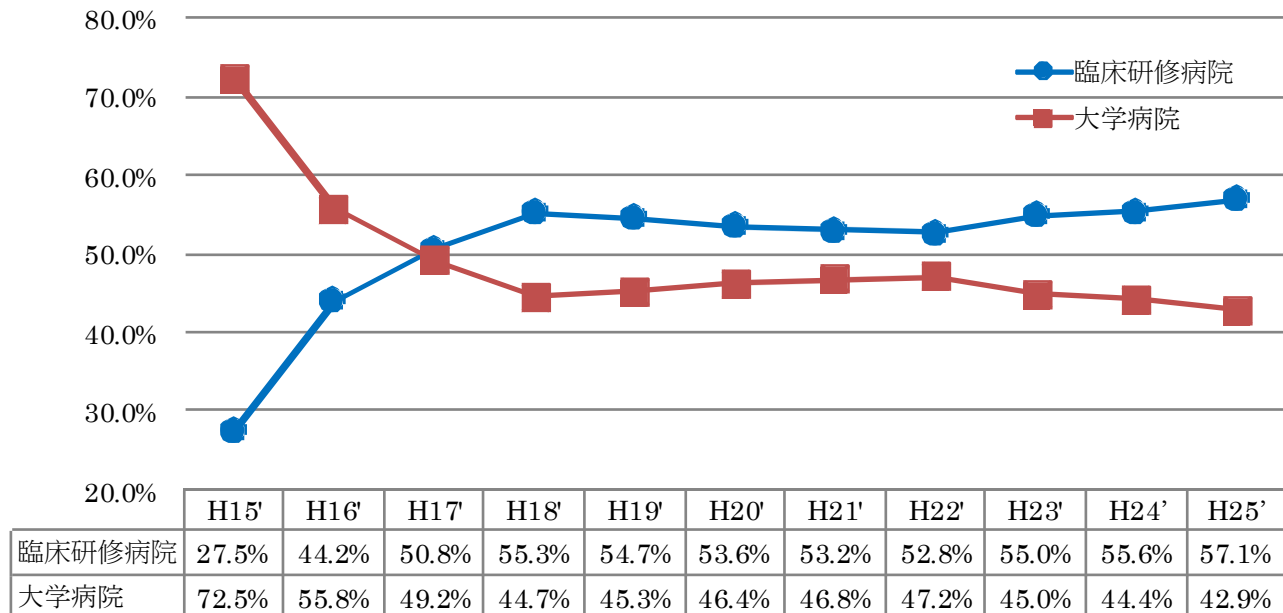
# 研修医の採用実績＜大学病院と臨床研修病院＞

○大学病院の採用実績の割合は、昨年度より減少。

○大学病院では、昨年度より採用人数が増加した病院と減少した病院の数がほぼ同数。

採用割合の推移

	大学病院	臨床研修病院
23年度	45.0%	55.0%
	↓	↓
24年度	44.4%	55.6%
	↓	↓
25年度	42.9%	57.1%
	(▲ 1.5%)	(+1.5%)



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'
臨床研修病院	2,243	3,262	3,824	4,266	4,137	4,144	4,069	3,961	4,222	4,267	4,383
大学病院	5,923	4,110	3,702	3,451	3,423	3,591	3,575	3,545	3,450	3,412	3,291
計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674

平成25年8月20日公表

## 臨床研修制度の導入前後における医師の地域分布の変化について(中間解析)

出典:平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」  
(研究分担者:小池創一(東京大学医学部附属病院准教授))

【目的・手法】近年の医師の地域分布の変化について、臨床研修制度の評価に資するデータを提供するため、医師・歯科医師・薬剤師調査の医師票データ(平成14年～平成22年)に関し、市町村単位で男女別、医籍登録後年数別に集計。

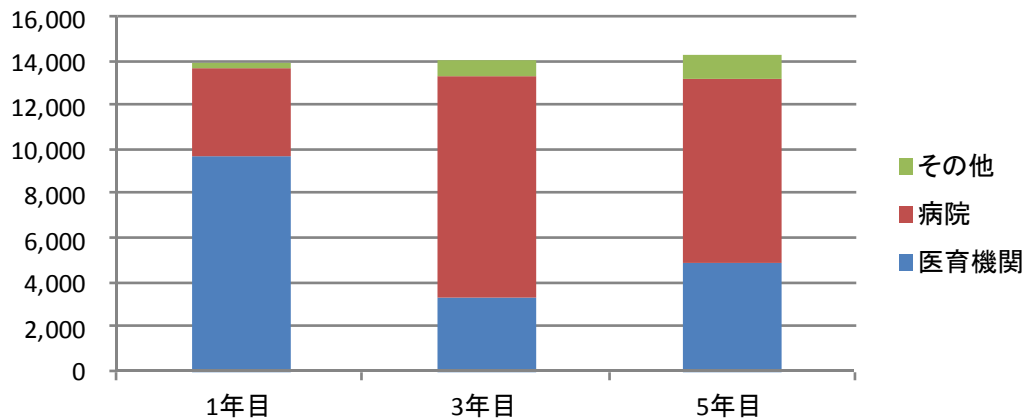
### 【結果の概要】

#### ○若手医師の勤務先(医育機関、病院)の変化(全国)

・若手医師の勤務先について、全国的に、医師1年目に医育機関に勤務している者が大きく減少しているが、3年目に医育機関に勤務している者が増加しており、変化の大きさは各都道府県で一様ではない。

医籍登録後年数と勤務先

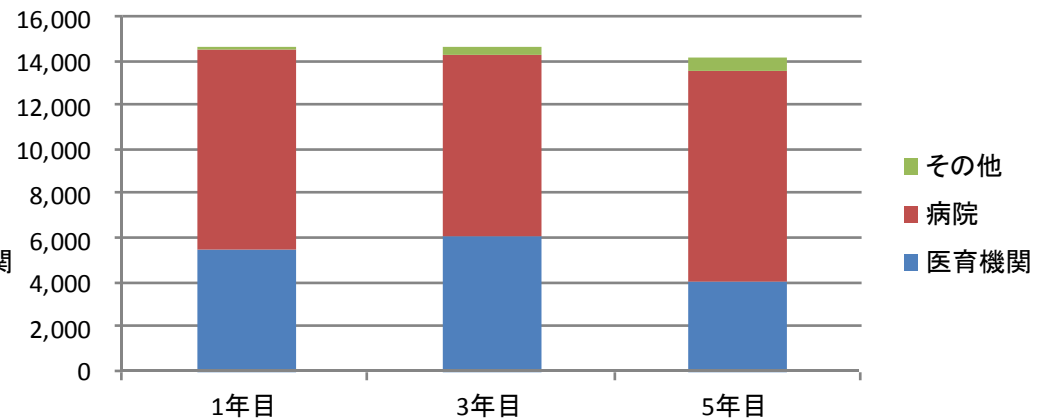
(H12・H14年調査計)



	医育機関	病院	その他	計
1年目	9,736	4,019	205	13,960
3年目	3,369	10,049	653	14,071
5年目	4,883	8,363	1,085	14,331

医籍登録後年数と勤務先

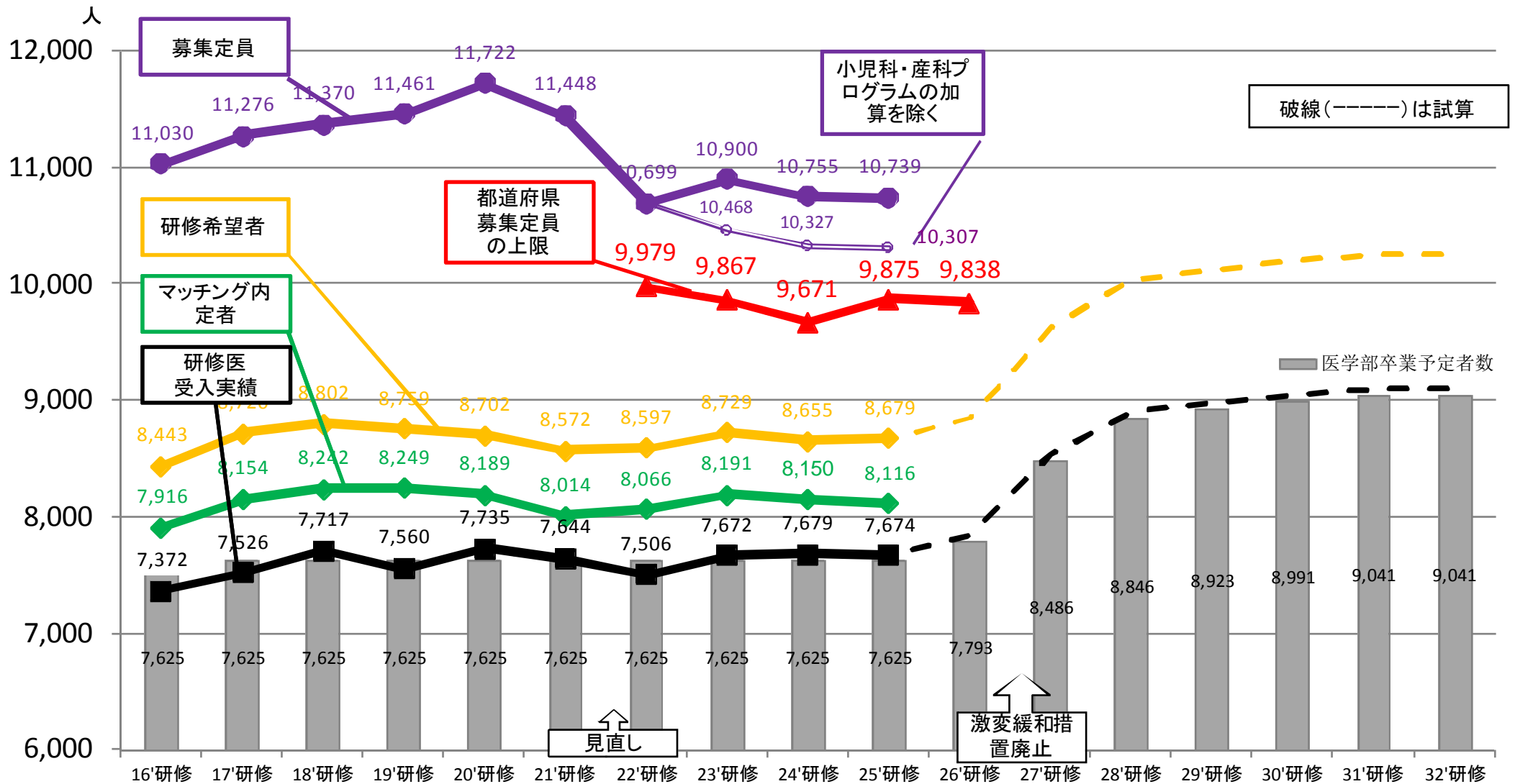
(H20・H22年調査計)



	医育機関	病院	その他	計
1年目	5,527	8,990	58	14,575
3年目	6,091	8,191	349	14,631
5年目	4,132	9,415	682	14,229

## 3. 2) 募集定員の設定

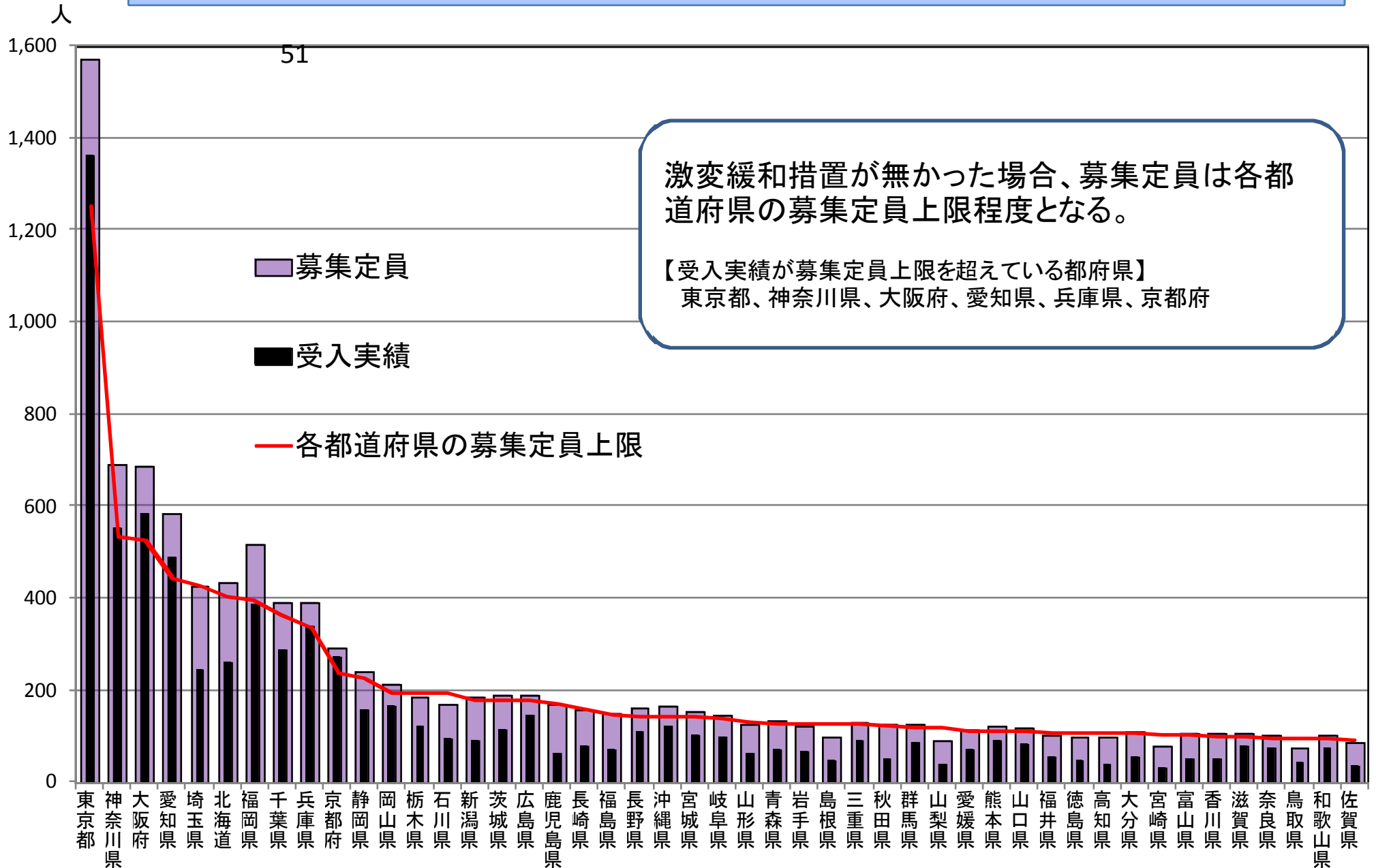
# 研修医の募集定員・受入実績等の推移



- ※ グラフは、自治医科大学及び防衛医科大学卒業の研修医を含め、全ての研修医についての動向を整理したもの。
- ※ 研修希望者は、各年度のマッチング参加者と自治医科大学、防衛医科大学卒業者の合計である。
- ※ 医学部卒業予定者数は、医学部入学定員を卒業時(6年後)の年度で整理している。

(参考)

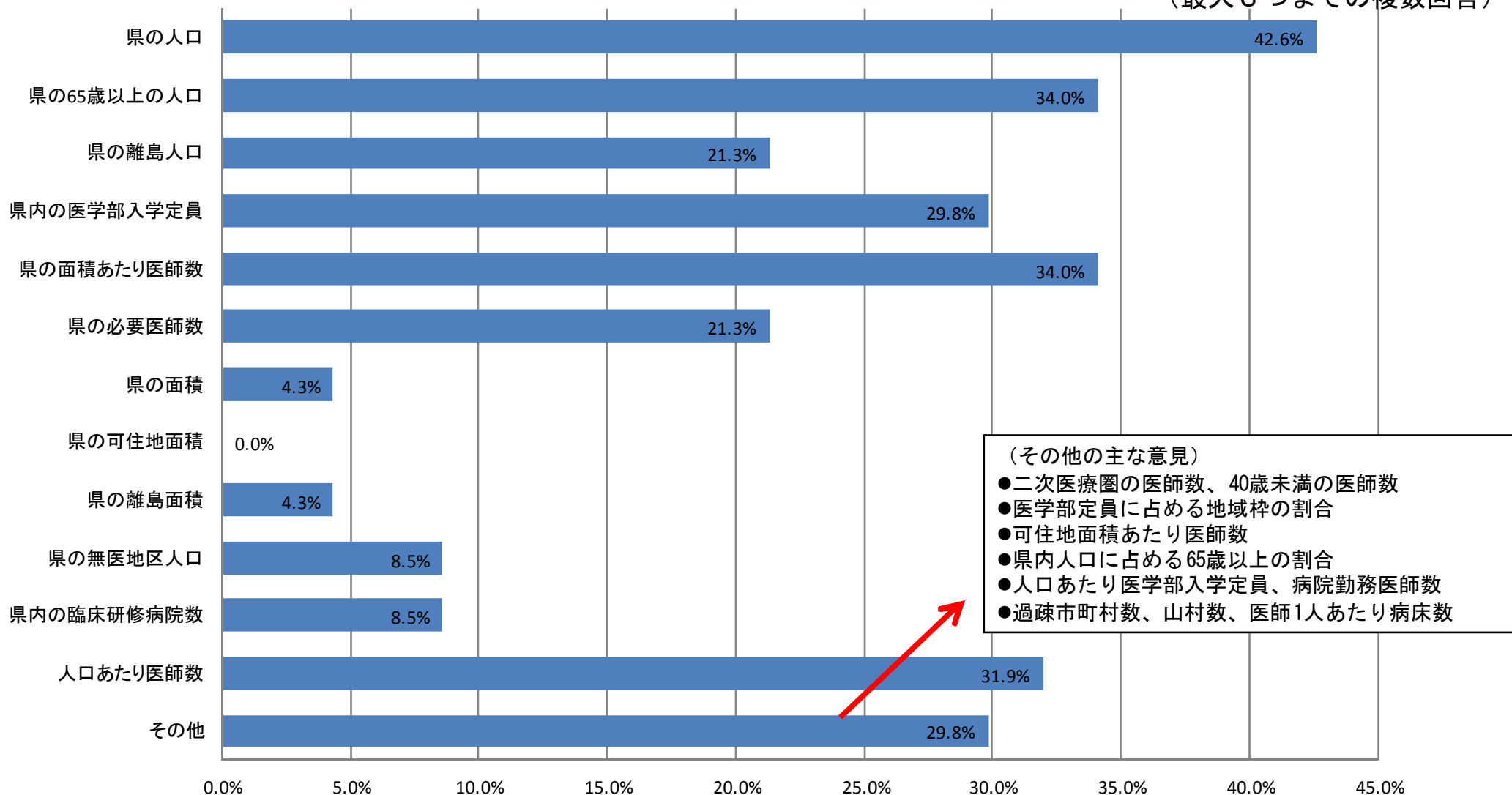
# 都道府県別の募集定員と受入実績の状況(平成23年度)



# 都道府県募集定員の上限を決定する上で重要な要素 (都道府県の意見)

出典：都道府県 医師臨床研修に関するアンケート調査結果  
(※平成24年11月に全都道府県に対してアンケート調査を実施)

(最大3つまでの複数回答)



# 都道府県別募集定員の上限について(現行)

○全国の研修医総数を「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」を加えたもの

## ① 人口分布

全国の研修医総数 ×  $\frac{\text{都道府県別の人口}}{\text{日本の総人口}}$   
(直近の実績値)

## ② 医師養成状況

全国の研修医総数 ×  $\frac{\text{都道府県別の医学部入学定員}}{\text{全国の総医学部入学定員}}$   
(直近の実績値)

## ③ 地理的条件

(平成25年度 617人)

- (a) 面積当たりの医師数  
(100平方km当たりの医師数)
- (b) 離島の人口

①と②の多い方

+

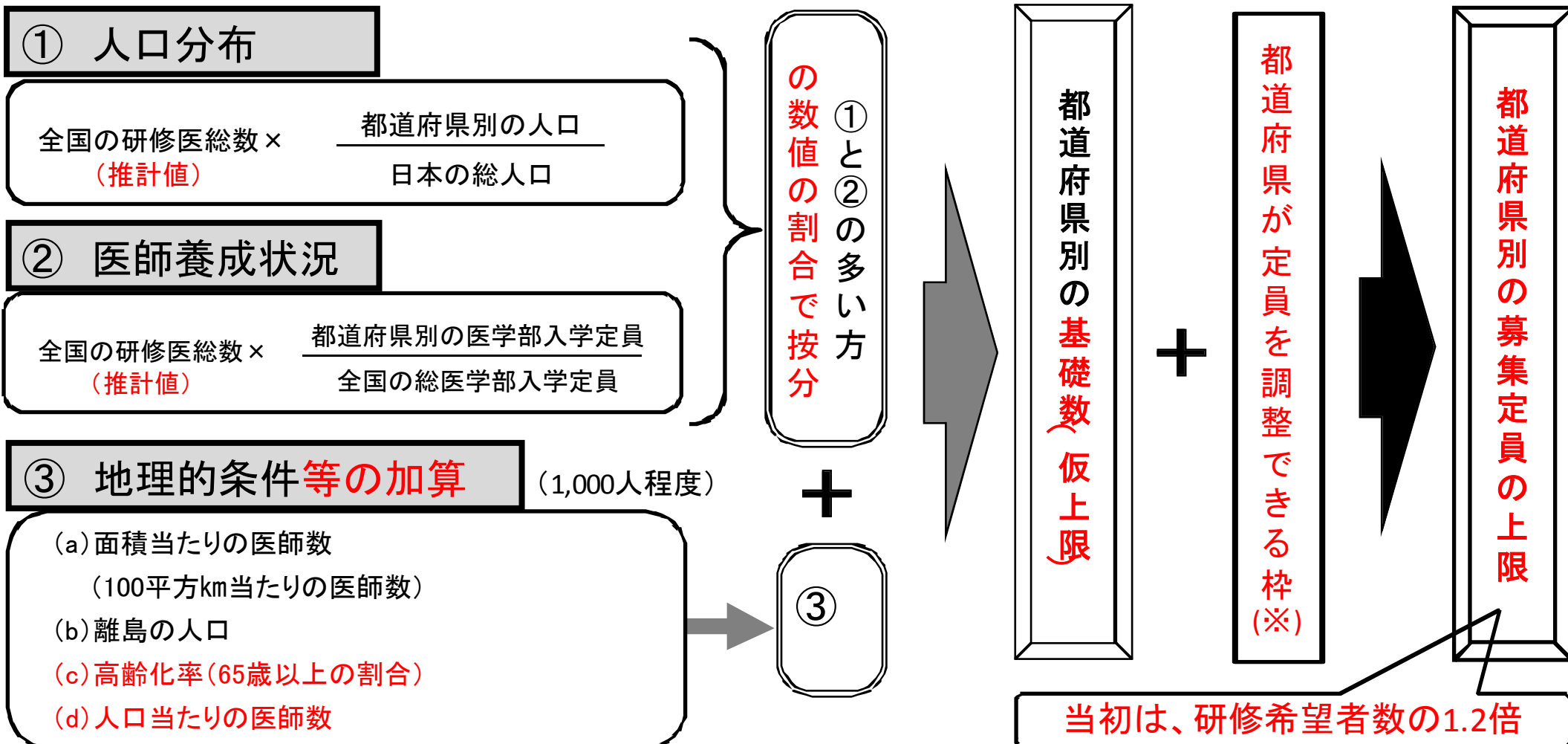
③

都道府県別の募集定員の上限

【激変緩和措置】 募集定員の上限は、前年度の90%を下回らないようにする。(平成26年度に研修を開始する研修医の募集まで)

# 都道府県別募集定員の上限について(見直し案)

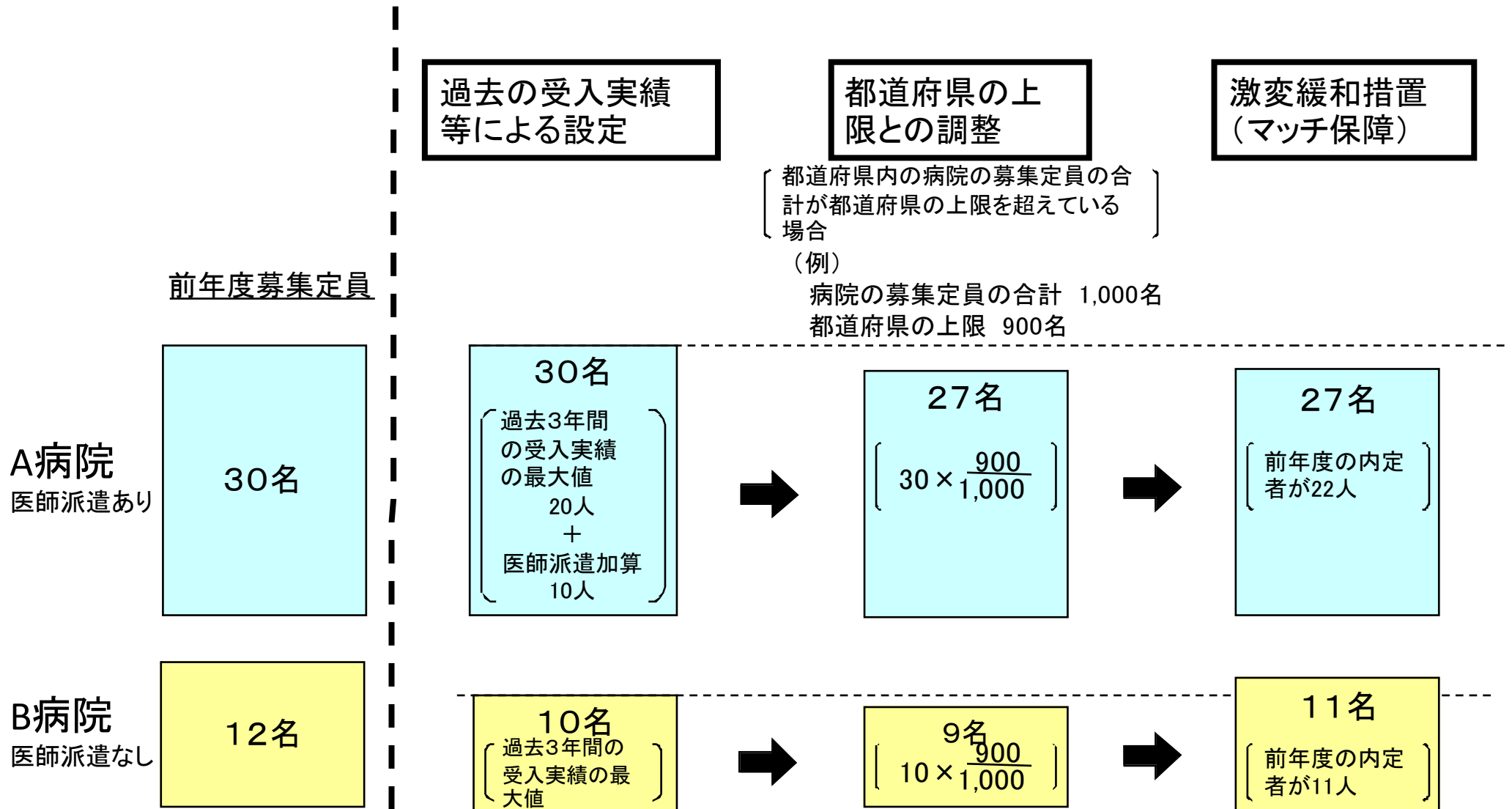
○全国の研修医総数を「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方の数値の割合で按分し、「③地理的条件等を勘案した数」を加えたものを基礎数とし、さらに都道府県調整枠を加えたもの



【※】 研修希望者数の1.2倍(当初)と都道府県別の基礎数との差を直近の採用実績数の割合で按分して算出



# 各研修病院の募集定員設定方法(現行)



【都道府県の調整】 都道府県別の募集定員の上限の範囲内で、各病院の募集定員を調整することができる。

【激変緩和措置】 募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする。(平成26年3月31日まで)

# 各研修病院の募集定員設定方法(見直し案)

過去の受入実績  
等による設定

各都道府県の**基礎数  
(仮上限)**との調整

都道府県による  
**調整**

〔 都道府県内の病院の募集定員の合計  
が都道府県ごとの**基礎数(仮上限)**を  
超えている場合 〕

〔 都道府県が、地域枠等の状況を踏まえ、都道府県上限の範囲内で各研修病院の定員を調整 〕

(例)

病院の募集定員の合計 1,000名  
都道府県の**基礎数(仮上限)** 900名

前年度募集定員

A病院  
医師派遣あり

30名

30名  
〔 過去3年間の  
受入実績  
の最大値  
17人  
+  
医師派遣加算  
**13人(※)** 〕



27名  
〔  $30 \times \frac{900}{1,000}$  〕



30名  
〔 都道府県調整  
により3人加算 〕

(※)最大13人まで加算可能

B病院  
医師派遣なし

12名

10名  
〔 過去3年間の  
受入実績の最大値 〕



9名  
〔  $10 \times \frac{900}{1,000}$  〕



11名  
〔 都道府県調整  
により2人加算 〕

# 小児科・産科プログラムについて

(事務局作成)

＜平成22年度開始プログラム実績＞※募集定員20人以上の場合に必設とされているプログラムに限る

【小児科プログラム】 定員:163名 マッチ者数:110名

【産科プログラム※】※産婦人科プログラムを含む 定員:144名 マッチ者数:74名

【小児科・産婦人科プログラム、周産期プログラム等】 定員:78名 マッチ者数:40名

＜臨床研修修了後の診療科の希望＞(出典:平成24年臨床研修修了者アンケート調査)

※プログラム番号の記載のある個票のみ集計

【小児科プログラム】

研修を行った者:52名(A)

臨床研修終了後に小児科を希望する者:37名(B)

割合(B/A):71.2%

※参考:産科・産婦人科を希望する者:2名

【産科プログラム※】※産婦人科プログラムを含む

研修を行った者:39名(A)

臨床研修終了後に産科・産婦人科を希望する者:27名(B)

割合(B/A):69.2%

※参考:小児科を希望する者:5名 婦人科を希望する者:2名

【小児科・産婦人科プログラム、周産期プログラム等】

研修を行った者:9名(A)

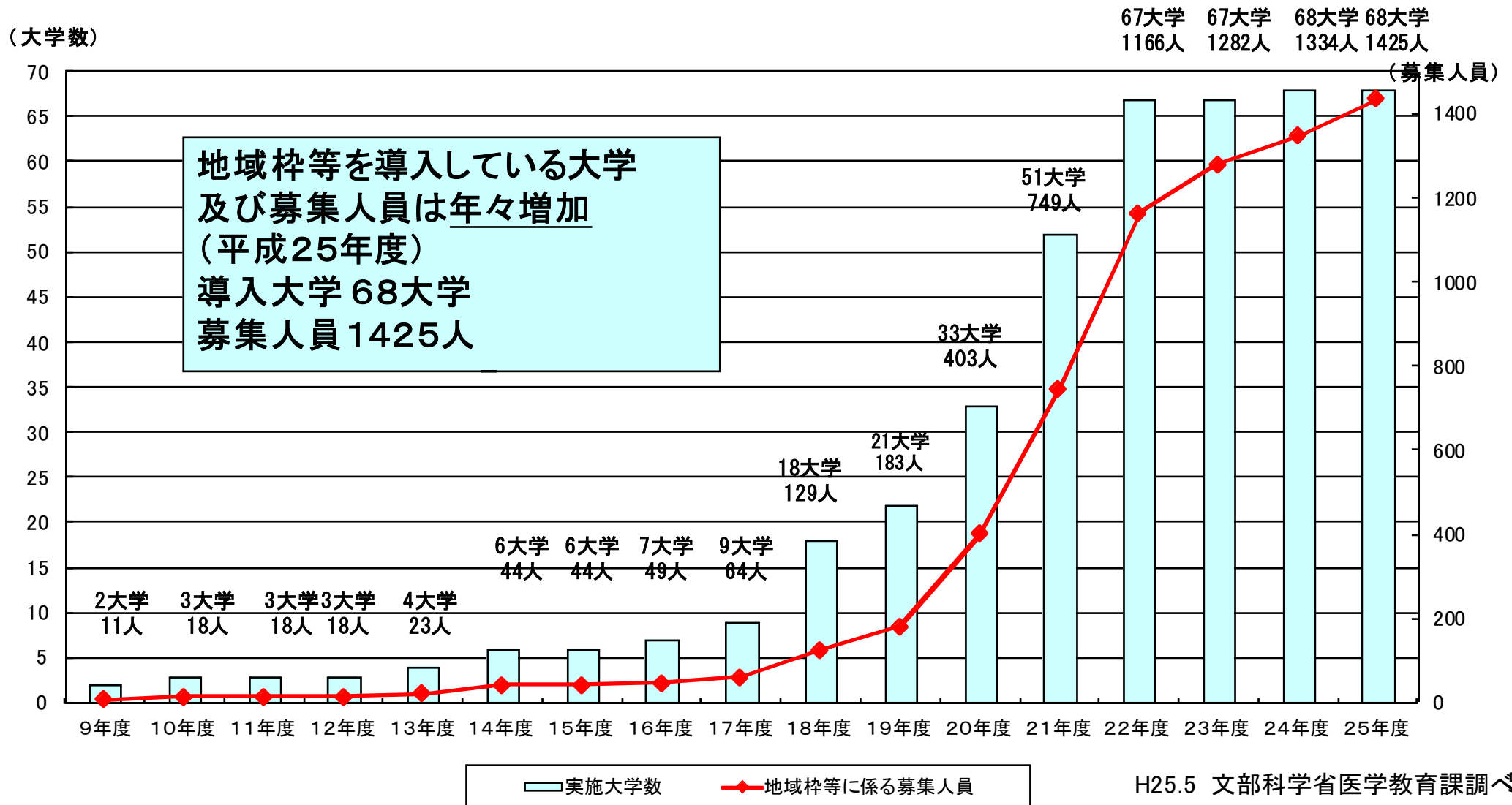
臨床研修終了後に小児科・産科・産婦人科を希望する者:7名(B) 割合(B/A):77.8%

## 3. 3) 地域枠への対応

# 地域を指定した入学者選抜(地域枠)等の状況

平成25年5月現在、68大学で1,425人の地域を指定した入学者選抜(地域枠)等を設定。

※地域枠等には、地元出身者のための地域枠に加え、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



# 地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

## ○【地域枠】（平成22年度より医学部定員増）

- 〈1〉 大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった**学生の選抜枠**」
- 〈2〉 **都道府県が設定する奨学金の受給**が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

### 奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

医学教育（6年間）

### 1. 貸与額

○月額10～15万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○6年間で概ね1200万円前後

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

(参考) 全学部平均の学生の生活費(授業料含む)は  
国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/年

出典(独)日本学生支援機構 学生生活調査(平成20年度)

### 2. 返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（9年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関  
(公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等)
2. 指定された特定の診療科(産婦人科・小児科等の医師不足診療科)

平成28年度以降、新たな  
医師として地域医療等へ貢献：

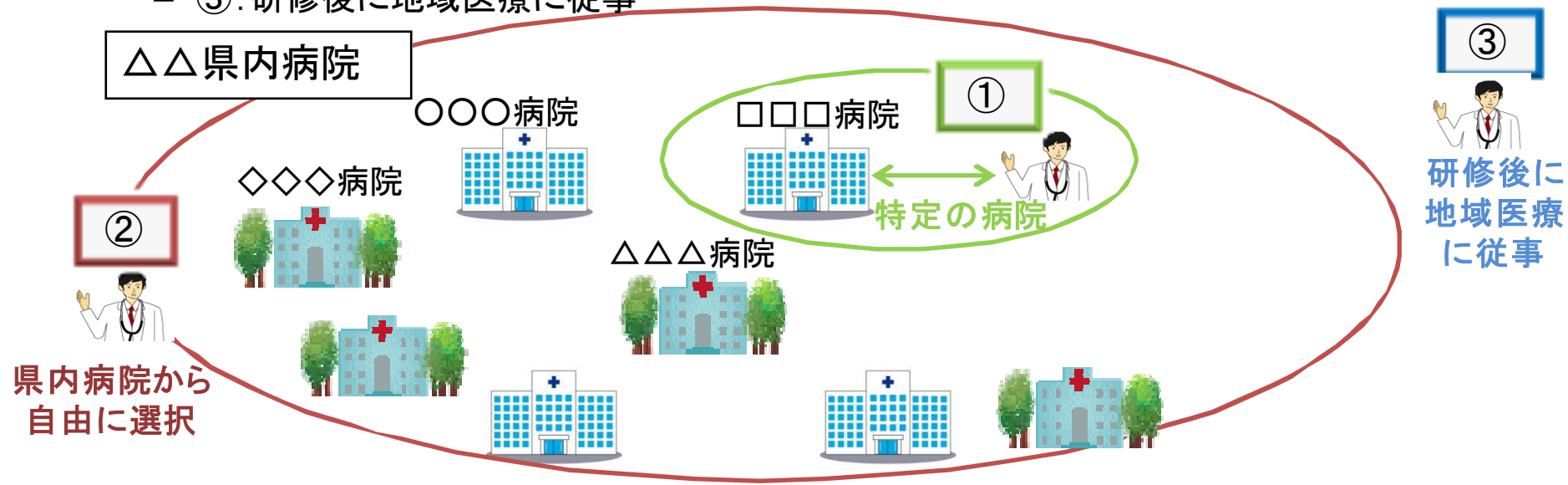
- ・平成22年度地域枠入学定員（313名）→平成28年に卒業見込み
- ・平成23年度地域枠入学定員（372名）→平成29年に卒業見込み
- ・平成24年度地域枠入学定員（437名）→平成30年に卒業見込み

# 地域枠学生の卒業後の勤務要件

## 1) 卒業後の勤務条件あり

※主に、6年間奨学金を受給して卒業後、当該都道府県内の地域医療に9年間程度従事

- ①: 初期研修は、指定された特定の医療機関で実施
- ②: 初期研修は、県内の医療機関(指定された医療機関含む)から自由選択
- ③: 研修後に地域医療に従事

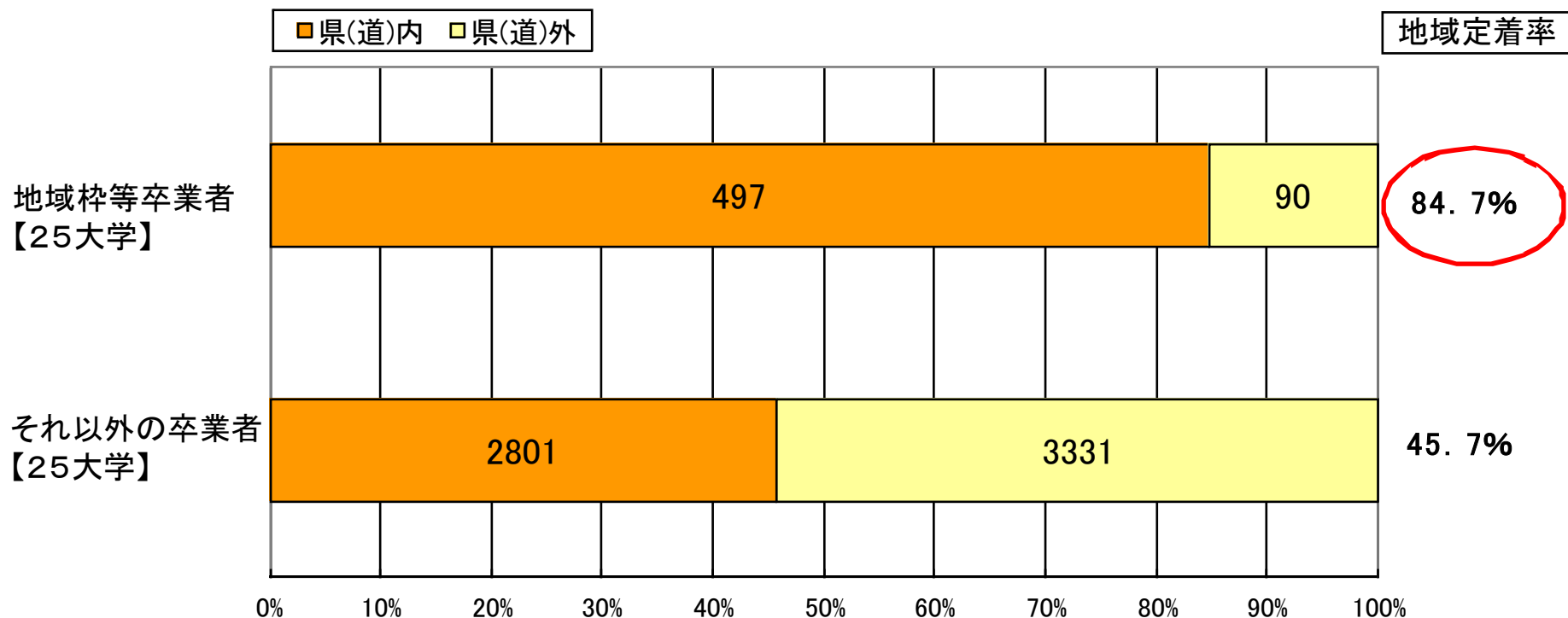


## 2) 卒業後の勤務条件なし

- 地元出身者のための選抜枠
- 出身地にとられない地域医療に従事する入学枠等

## 地域枠等で入学した者の卒業後の状況

地域枠等による入学者の方が、一般枠の入学者より、卒業後も都道府県内に残る割合が高い。  
 (地域枠等による入学者が既に卒業している大学の県内定着率の平均は、地域枠等が89%に対して、一般枠は54%)



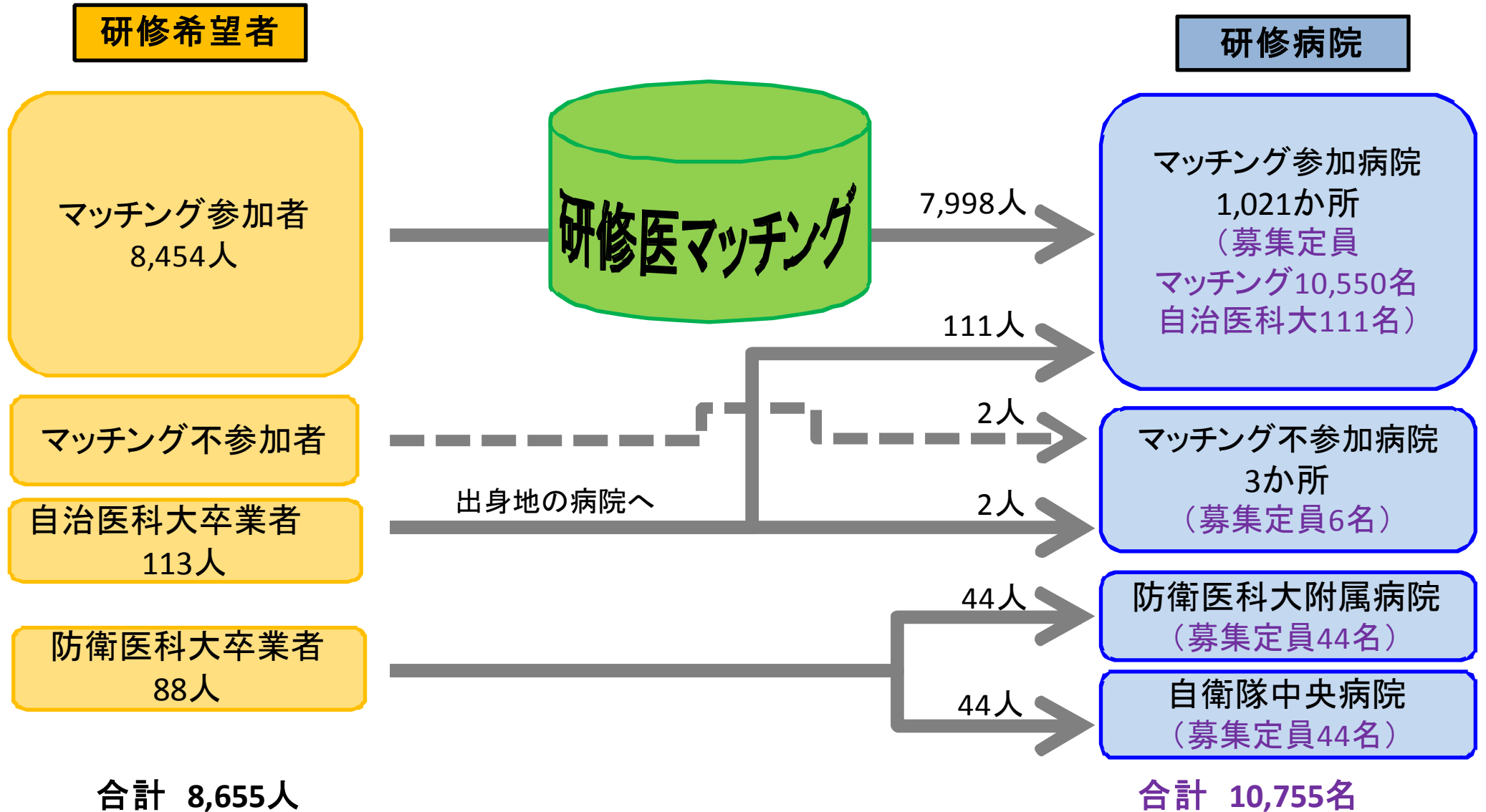
注) グラフ中の数値は、地域枠等の累積卒業生数(人)。

※ 地域枠等には、地元出身者のための地域枠に加え、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。



(参考)

## 平成23年度研修医マッチング等(平成24年度採用者)

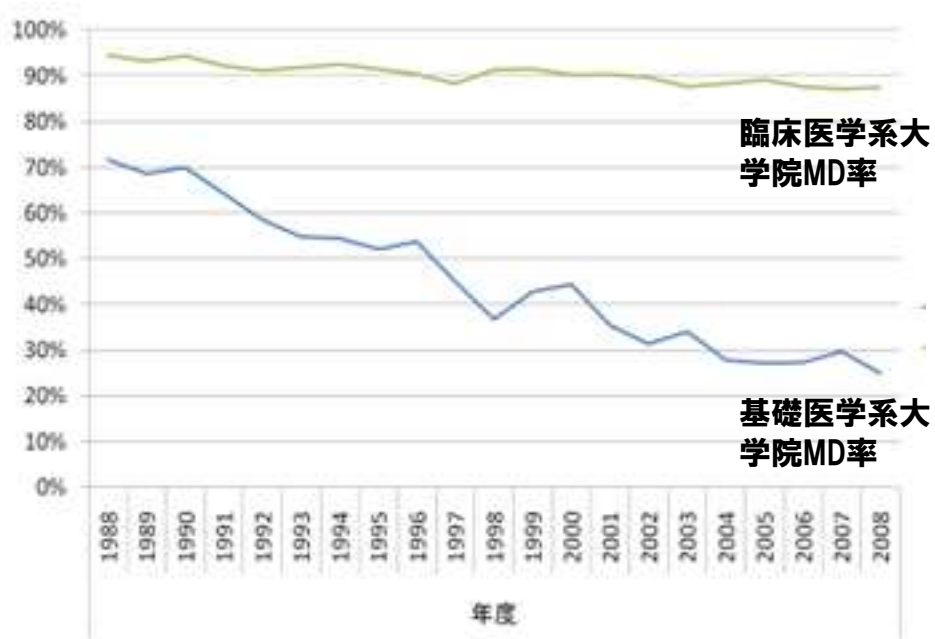


## 4. 1) 研究医養成との関係

## 研究者養成に関する現状

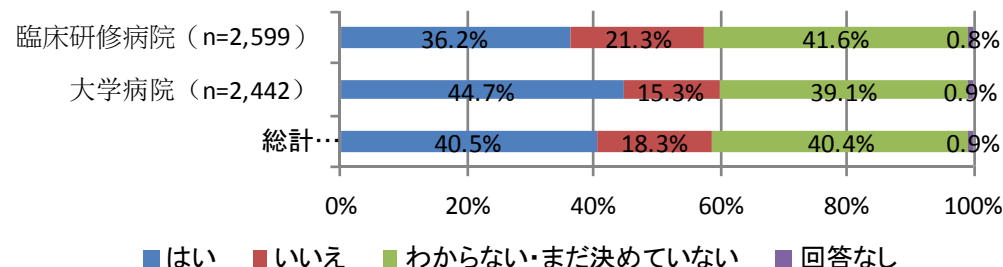
- ・基礎系の大学院博士課程入学者に占める医師免許取得者の割合が低下している。
- ・専門医取得への志向に比べ、博士号取得の志向は低調。

### ◆基礎医学系・臨床医学系の大学院入学者に占める医師免許取得者(MD)の割合

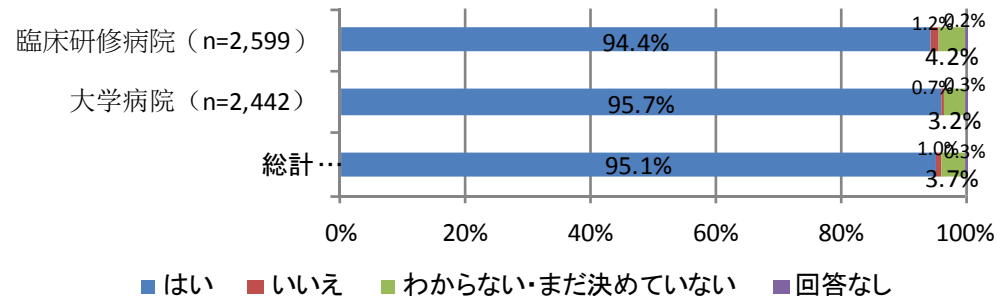


### ◆臨床研修医の専門医志向と、博士号取得志向の状況

#### <医学博士の取得希望>



#### <専門医・認定医の取得希望>

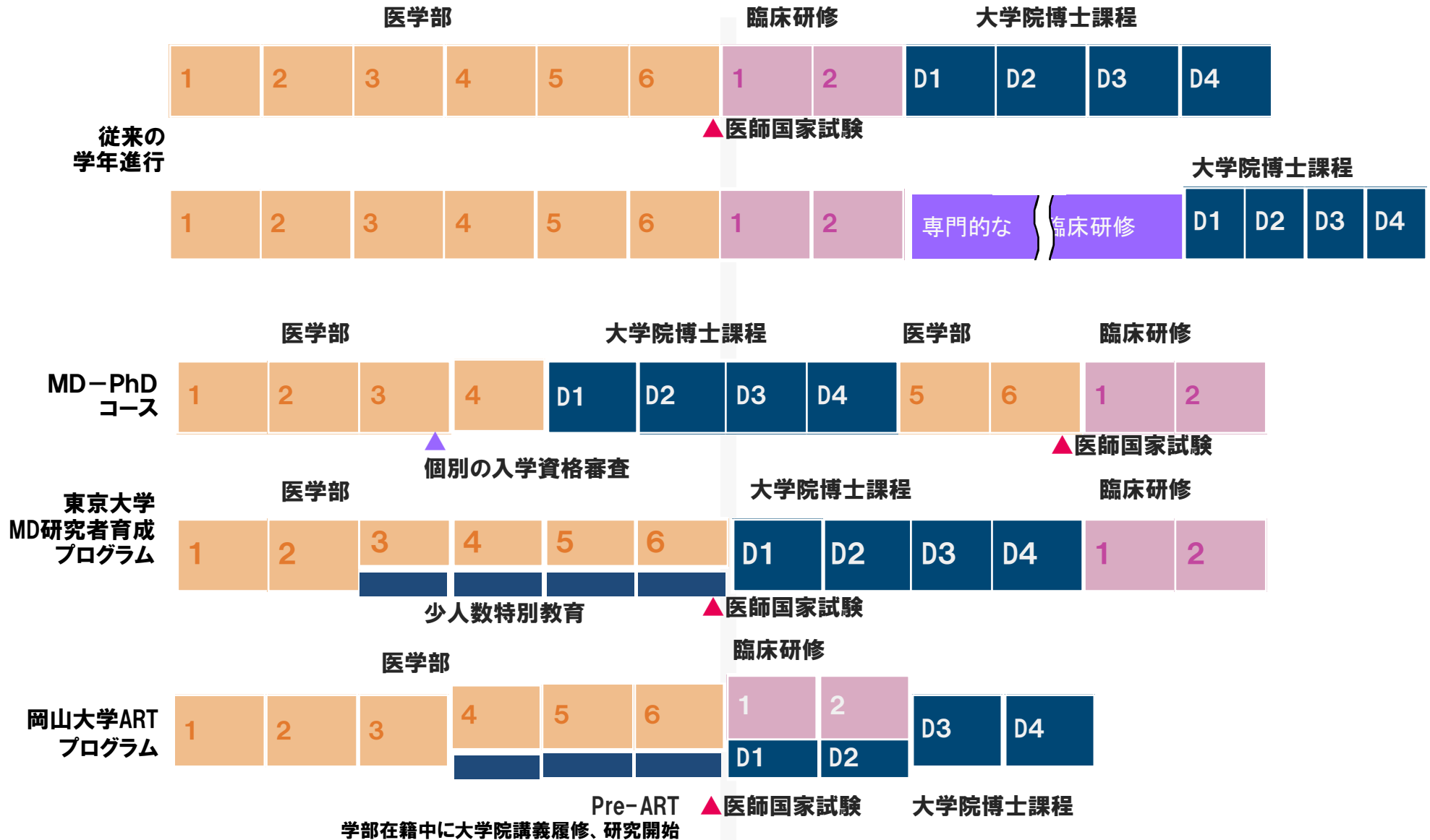


「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」(第3回)  
 東京大学清水(前)医学部長(現副学長)プレゼン資料より

(出典)厚生労働省 平成24年 研修医アンケート調査

# 研究医養成のための大学・大学院を一貫した教育プログラムの例

学部から大学院へ途切れなく進めることができるよう、各大学において取組が進められている。



ART (Advanced Research Training Program)

## 研究医枠による医学部定員増の取組

医師免許を持つ基礎医学研究者の減少等に対応するため、平成22年度～25年度に「研究医枠」として、18大学で35人の増員を実施。各大学では、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、研究者の養成に取り組んでいる。

### ◆研究医枠の人数

複数の大学と連携し、研究医養成の拠点を形成しようとする大学で、研究医の養成・確保に学部・大学院教育を一貫して取り組む各大学3人以内の定員増。

平成22年度 17人、23年度 6人、24年度 3人、25年度 9人 計35人(18大学)

### ◆研究医枠を活用した取組例

#### 東京大学

平成20年度に開始したMD研究者育成プログラムにより、3年次以降の学部教育と大学院教育の連続的なコースを通じて、早期から最先端の研究活動に触れ、ディスカッション能力や発表能力の育成を図り、優れた基礎医学研究者養成を図る。

群馬大学、千葉大学、山梨大学との連携により、研究指導の交流を促進するとともに、研究実習関連のカリキュラムの相互乗り入れを検討する。

#### 京都大学

学部1年次から約半年単位で5カ所程度の研究室で様々な研究活動に参加するラボ・ローテーション等を経て、4年次修了時点で大学院博士課程に進学するMD-PhDコース(4人程度)を設け、早期に最先端の博士研究を行い、3～4年で学位取得の後、学部で5～6年次の臨床実習を受け卒業し、優れた基礎医学研究医を育成する。

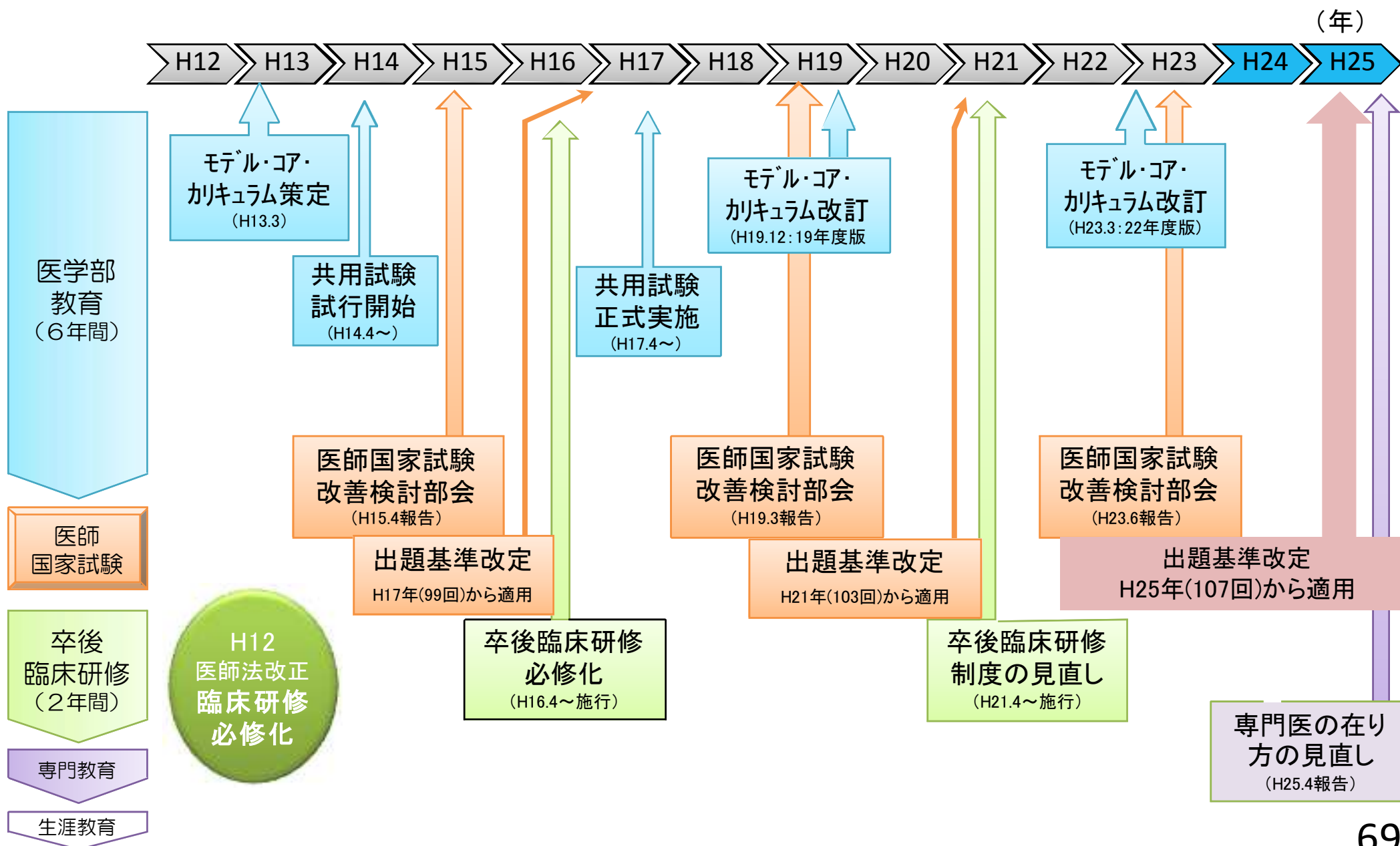
#### 慶應義塾大学

学部・大学院の協力によるコースを新設し、学部4年次から複数の研究室のローテーションや大学院講義の受講を経て、卒後は大学院において、埼玉医科大学、理化学研究所と連携しながら、3年以内に博士号を取得できるプログラムを設け、幹細胞医学、腫瘍医学をはじめ、医学研究を牽引できる人材の育成を図る。

学生には複数の教員をメンターとし、研究内容のみならず、豊富な国際連携を活用した研究医としてのキャリアパスまで相談をできる体制を確立する。

## 4. 2) 医師養成全体との関係

# 卒前・卒後医学教育を巡る近年の動き



# 医学教育モデル・コア・カリキュラム (H13.3策定、H19.12、H23.3改訂) (概要)

- 学生が卒業時まで身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する到達目標を明確化
- 履修時間数(単位数)の3分の2程度を目安としたもの(残り3分の1程度は各大学が特色ある独自の選択的なカリキュラムを実施)
- 冒頭に「医師として求められる基本的な資質」を記載、患者中心の医療および医療の安全性確保も明記
- 医学の基礎となる基礎科学については、別途「準備教育モデル・コア・カリキュラム」として記載

## 教養教育

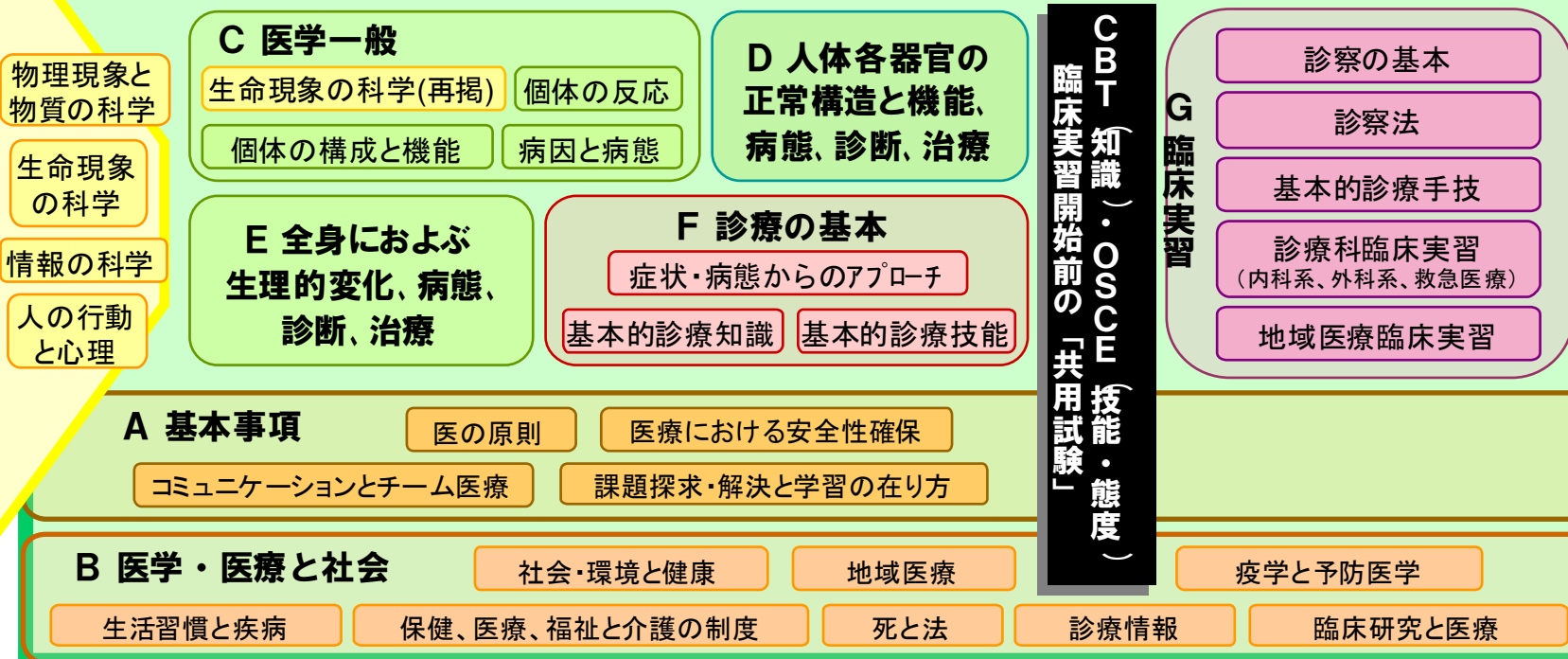
### 選択的なカリキュラム(学生の履修時間数(単位数)の3分の1程度)

※各大学が理念に照らして設置する独自のもの(学生が自主的に選択できるプログラムを含む)

## 医学教育モデル・コア・カリキュラム

(学生の履修時間数(単位数)の3分の2程度)

### 医師として求められる基本的な資質



人文・社会科学・数学・語学教育など

## 準備教育モデル・コア・カリキュラム

物理現象と物質の科学

生命現象の科学

情報の科学

人の行動と心理

医師国家試験



・今後、世界で活躍できる医師養成のためには、我が国の医学教育が、国際標準を満たしているという評価を受ける必要が出ている。

### ◆米国ECFMGからの通告

2023年より、米国の医師国家試験については、アメリカ医科大学協会(AAMC)、または世界医学教育連盟(WFME:WHOの下部組織)の基準により認証を受けた医学部卒業生以外の受験を認めない旨を高等教育評価機構など日本の複数の認証評価機関に通知(2010年9月)。

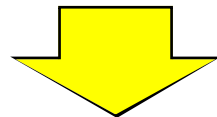
※ECFMG(Educational Commission for Foreign Medical Graduates)

米国外の医学部卒業生に対して、米国医師国家試験(USMLE STEP1,STEP2)の受験資格を審査するNGO団体。

### ・ WFME global standard

WFMEはWHO関連機関である医学教育NGO。2003年に医科大学評価基準としてグローバルスタンダードを策定。

※ 我が国では、大学教育全般に関する認証評価は制度化されているが、医学教育に特化した分野別評価はないという状況。



認証制度発足に向けて、全国医学部病院長会議が2011年9月に「医学部・医科大学の教育評価に関わる検討会」を設置。

○受験者数の推移

YEAR	Japanese Citizens*	Graduates of Japanese Medical Schools
2000	30	31
2001	37	37
2002	33	30
2003	68	65
2004	36	35
2005	81	83
2006	78	76
2007	66	67
2008	55	56
2009	72	68
2010	69	63

# 新たな専門医に関する仕組みについて①(専門医の在り方に関する検討会 報告書 概要)

H25.4.22

## 視点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

## 現状

<専門医の質>	各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。
<求められる専門医像>	専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。
<地域医療との関係>	医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

## 新たな仕組みの概要

### (基本的な考え方)

- 新たな専門医の仕組みを、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- 例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。(「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではない。)
- 新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計。

### (中立的な第三者機関)

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。
- 第三者機関は、専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準の作成を行う。
- 第三者機関において、専門医の質や分布等を把握するため、専門医等に関するデータベースを構築。

### (総合診療専門医)

- 総合診療医の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とする。
  - ※ 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。
  - ※ 「総合診療専門医」には、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することを期待。
- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。
- 「総合診療専門医」の認定・更新基準や養成プログラムの基準は、関連学会や医師会等が協力して第三者機関において作成。
  - ※ 臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、他の領域から総合診療専門医へ移行可能なプログラムも別に用意。

## (専門医の養成・認定・更新)

- 医師は基本領域のいずれか1つの専門医を取得することが基本。  
※自助努力により複数領域の認定・更新基準を満たすのであれば、複数領域の取得を許容。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度(医師の専門性に関する資格名等の広告)を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

## (地域医療との関係)

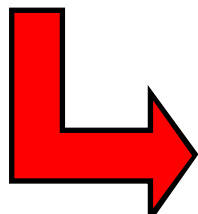
- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が病院群を構成して実施。  
※研修施設は、必要に応じて都道府県(地域医療支援センター等)と連携。
- 研修施設が養成プログラムを作成するにあたり、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を検討。
- 専門医の養成数は、患者数や研修体制等を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して設定。
- 少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮。

## (既存の学会認定専門医からの移行)

- 専門医の質を担保する観点から、第三者機関において適切な移行基準を作成。  
(移行の時期は第三者機関において速やかに検討。)

## (スケジュール)

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。



## 期待される効果

- 専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)
- 医療提供体制の改善