

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。

報告書の概要	1
はじめに	2
<u>1 卒前・卒後の一貫した医師養成について</u>	9
<u>2 到達目標・方略・評価について</u>	18
(1) 臨床研修の到達目標	
(2) 方略	
(3) 評価	
<u>3 臨床研修病院の在り方について</u>	25
(1) 必要な症例	
(2) 指導・管理体制	
(3) 基幹型臨床研修病院等の在り方	
(4) 第三者評価	
<u>4 地域医療の安定的確保について</u>	32
(1) 募集定員の設定	
(2) 地域枠への対応	
(3) 都道府県の役割	
<u>5 その他</u>	52
(1) 中断・未修了	
(2) 研究医養成との関係	

医師臨床研修制度の見直しについて（2020年度研修より適用予定）

～医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告（概要）～

- 医師臨床研修制度は、医師の基本的な診療能力の習得のため、平成16年度に努力義務から必修化され、概ね5年毎に見直しを行ってきた。
- 今回は、①**卒前卒後の一貫した医師養成**、②**到達目標**、③**臨床研修病院の在り方**、④**地域医療の安定的確保**等について見直し。
- **今後、臨床研修制度が研修医、患者、医療制度等に与えた影響を評価**し、卒前・卒後教育の連続性の観点から**制度の在り方の検討が必要**。

1. 卒前・卒後の一貫した医師養成について

- ・卒前と卒後の医師養成過程が整合的であることが必要

- (1) 医学教育モデル・コア・カリキュラムと**整合的な到達目標・方略・評価**を作成
- (2) 今後、臨床研修制度について、医学部の共用試験、医学教育モデル・コア・カリキュラム、国家試験と**同時期に検討**

2. 到達目標・方略・評価について

- ・現行の到達目標は、目標、方略、評価が不明確
- ・基本的診療能力や臨床推論の更なる習得
- ・評価方法の標準化が必要

- (1) 目標、方略、評価に分けて整理・**簡素化**
- (2) 目標を「医師としての基本的な価値観（プロフェッショナリズム）」、「資質・能力」、「基本的診療業務」に整理し、**入院、外来、救急、地域医療の基本的な診療能力を担保**
- (3) 方略は、内科、救急、地域医療に加え、**外科、小児科、産婦人科、精神科を必修化**し、**一般外来の研修を含む**ことを追加
- (4) 評価は、モデル・コア・カリキュラムとの連続性を考慮しつつ、**標準化**

3. 臨床研修病院の在り方について

- ・臨床研修病院の更なる質の向上

- (1) 指導・管理体制等についての**訪問調査の見直し**
 - 改善の見られない病院は**指定取消の対象**へ
 - 課題の見られる基幹型病院は**訪問調査の対象**へ
- (2) プログラム責任者養成講習会の**受講義務化**
- (3) 第三者評価を強く推奨し、次回以降義務化を前提に検討

4. 地域医療の安定的確保について

- ・地域医療の確保に対する更なる対応が必要
- ・都道府県の実情に応じた対応が必要

- (1) 大都市圏の募集定員を圧縮し、それ以外の募集定員を確保
 - 臨床研修病院の募集定員倍率を2025年度に**1.05倍**まで圧縮
 - **医学部入学定員による募集定員の算定には上限**を設ける
 - **地理的条件等の加算を増加**
- (2) **地域枠**等の一部について、**一般のマッチングとは分けて選考**
- (3) 国が一定の基準等を示した上で、**臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県**が行う

5. その他

- ・基礎研究の国際競争力の低下

- (1) 中断・未修了の対応は継続
- (2) **大学病院に基礎研究医養成枠を設置**

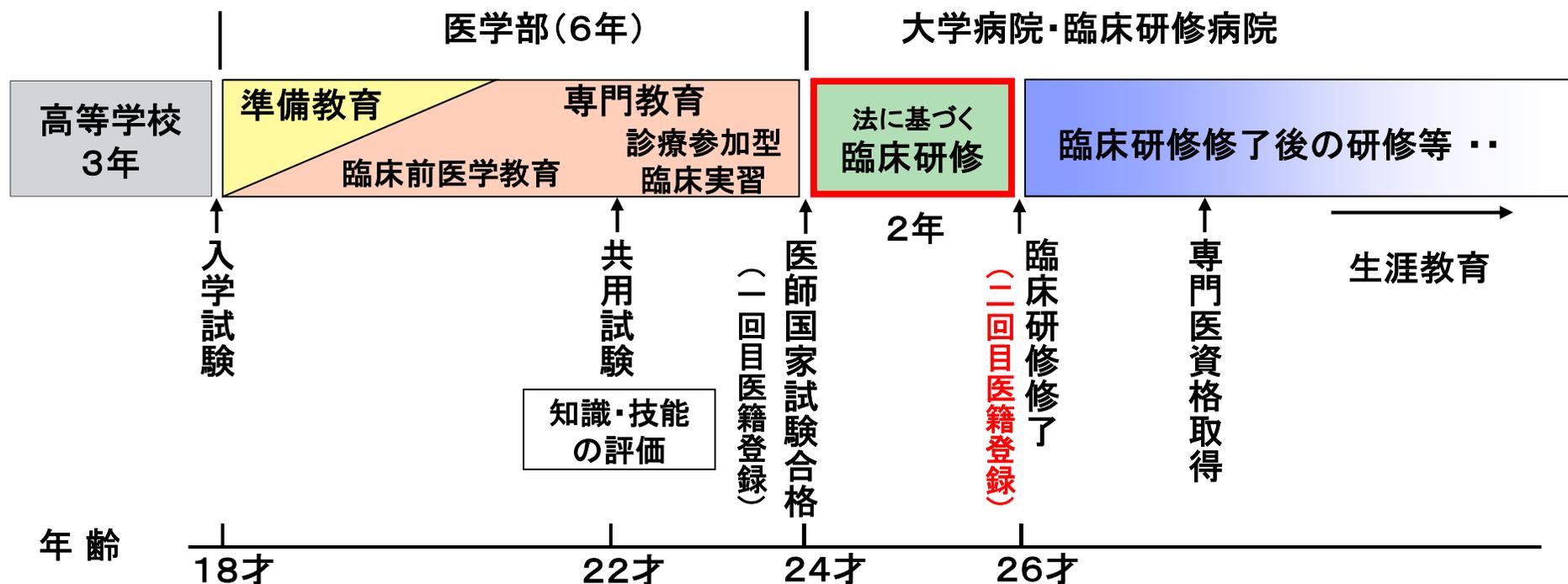
はじめに

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。

臨床研修制度に関する経緯 ①

- 昭和23年 インターン制度を開始（国家試験の受験資格を得るために必要な課程）
（当時の問題点）インターン生の身分・処遇が不明確、指導体制が不十分
- 昭和43年 臨床研修制度創設（医師免許取得後2年以上の努力義務）

【指摘された問題点】

1. 専門医志向のストレート研修中心で、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得が不十分
2. 受入病院の指導体制が不十分
3. 処遇の確保が不十分で、アルバイトによる生計維持
4. 限られた範囲（出身大学等）での研修

- 平成16年度 新制度の施行（医師法改正）〈臨床研修の必修化〉

臨床研修制度に関する経緯 ②

○ 平成16年度 新制度の施行（医師法改正）〈臨床研修の必修化〉

制度の見直しを検討（平成20年9月～）

【指摘された問題点】

1. 専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる
2. 受入病院の指導体制等に格差が生じている
3. 大学病院の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化
4. 募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中

○ 平成22年度 臨床研修制度の見直し

- (1) 研修プログラムの弾力化（7科目必修から3科目必修＋2科目選択必修へ）
- (2) 基幹型臨床研修病院の指定基準の強化（年間入院患者数3,000人以上の設定）
- (3) 研修医の募集定員の見直し（都道府県別の上限の設定等）

○ 平成27年度 臨床研修制度の見直し

- (1) 研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小（平成27年度1.2倍から平成32年度の1.1倍へ）
- (2) 都道府県が、上限の範囲内で各病院の定員を調整できる枠を追加 等

医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ

趣旨

医師臨床研修の実施状況や診療能力の修得状況等を把握し、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会における臨床研修制度の次回の見直しに向けて、到達目標や評価の在り方についての検討をすることを目的に、本ワーキンググループを開催する。(医政局長が主催)

構成員

氏名	所属・役職
伊野 美幸	聖マリアンナ医科大学医学部医学教育文化部門教授
大滝 純司	北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター教授
片岡 仁美	岡山大学大学院医歯薬総合研究科地域医療人材育成講座教授
金丸 吉昌	美郷町地域包括医療局総院長
神野 正博	社会医療法人財団董仙会理事長
羽鳥 裕	日本医師会常任理事
清水 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団顧問
高橋 弘明	岩手県立中央病院医療研修部長
田中 雄二郎	全国医学部長病院長会議 卒後臨床研修検討WG委員 東京医科歯科大学理事
中島 豊爾	岡山県精神科医療センター理事長
伴 信太郎	愛知医科大学医学教育センター長
◎ 福井 次矢	聖路加国際病院長
古谷 伸之	東京慈恵会医科大学内科准教授
前野 哲博	筑波大医学医療系臨床医学域教授

ワーキンググループの開催状況

平成26年8月20日

○第1回ワーキンググループ

- ・到達目標・評価の在り方に関する論点について

平成27年2月13日

○第2回ワーキンググループ

- ・到達目標とその評価に関する研究※の中間報告について
- ・臨床研修修了者アンケート調査について

平成27年7月2日

○第3回ワーキンググループ

- ・到達目標とその評価の在り方に関する研究の報告について

平成27年8月19日

○第4回ワーキンググループ

- ・関係団体等からのヒアリング
一般社団法人日本内科学会、一般社団法人日本救急医学会、
一般社団法人日本外科学会、公益社団法人日本麻酔科学会

平成27年9月10日

○第5回ワーキンググループ

- ・関係団体等からのヒアリング
公益社団法人日本小児科学会、公益社団法人日本産科婦人科学会、精神科七者懇談会

平成27年10月14日

○第6回ワーキンググループ

- ・関係団体等からのヒアリング
一般社団法人日本専門医機構、公益社団法人日本医師会、
特定非営利活動法人卒後臨床研修評価機構

平成27年10月28日

○第7回ワーキンググループ

- ・関係団体等からのヒアリング
四病院団体協議会、一般社団法人全国医学部長病院長会議
研修医に対する教育と評価の取組等について
・聖マリアンナ医科大学臨床研修病院群における取組
・東京慈恵会医科大学附属柏病院における取組

平成27年12月2日

○第8回ワーキンググループ

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成28年2月19日

○第9回ワーキンググループ

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成28年4月28日

○第10回ワーキンググループ

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成28年9月7日

○第11回ワーキンググループ

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成28年12月14日

○第12回ワーキンググループの開催

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成29年2月22日

○**第13回ワーキンググループ（文部科学省と合同開催）の開催**

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成29年3月23日

医師臨床研修部会開催 ※方略・評価については、引き続き検討

- ・新たな到達目標について

平成29年6月26日

○第14回ワーキンググループの開催

- ・新たな到達目標・方略・評価の在り方について

平成29年9月21日

○第15回ワーキンググループの開催

- ・新たな到達目標・方略・評価の在り方について

平成29年10月25日

○第16回ワーキンググループの開催

- ・新たな到達目標・方略・評価の在り方について

平成29年12月7日

○第17回ワーキンググループの開催

- ・新たな到達目標・方略・評価の在り方について

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会について

○ 医師法(抜粋)

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。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により指定した病院が臨床研修を行うについて不相当であると認めるに至ったときは、その指定を取り消すことができる。

3 厚生労働大臣は、第一項の指定又は前項の指定の取消しをしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

所掌事務(医道審議会運営規程より抜粋)

臨床研修病院の指定又は指定の取消に関すること。

委員名簿(○印は部会長(五十音順))

	氏名	所属・役職
	相原 道子	横浜市立大学附属病院長
	新井 一	順天堂大学学長
	岡村 吉隆	和歌山県立医科大学理事長・学長
	金丸 吉昌	美郷町地域包括医療局総院長
	神野 正博	社会医療法人財団董仙会理事長
◎	桐野 高明	東京大学名誉教授
	河野 陽一	独立行政法人労働者健康福祉機構千葉労災病院長
	清水 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団顧問
	中島 豊爾	岡山県精神科医療センター理事長
	羽鳥 裕	公益社団法人日本医師会常任理事

最近の開催状況(平成22年度～)

平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
5回	3回	3回	10回	3回	2回	4回	5回

1 卒前・卒後の一貫した医師養成について

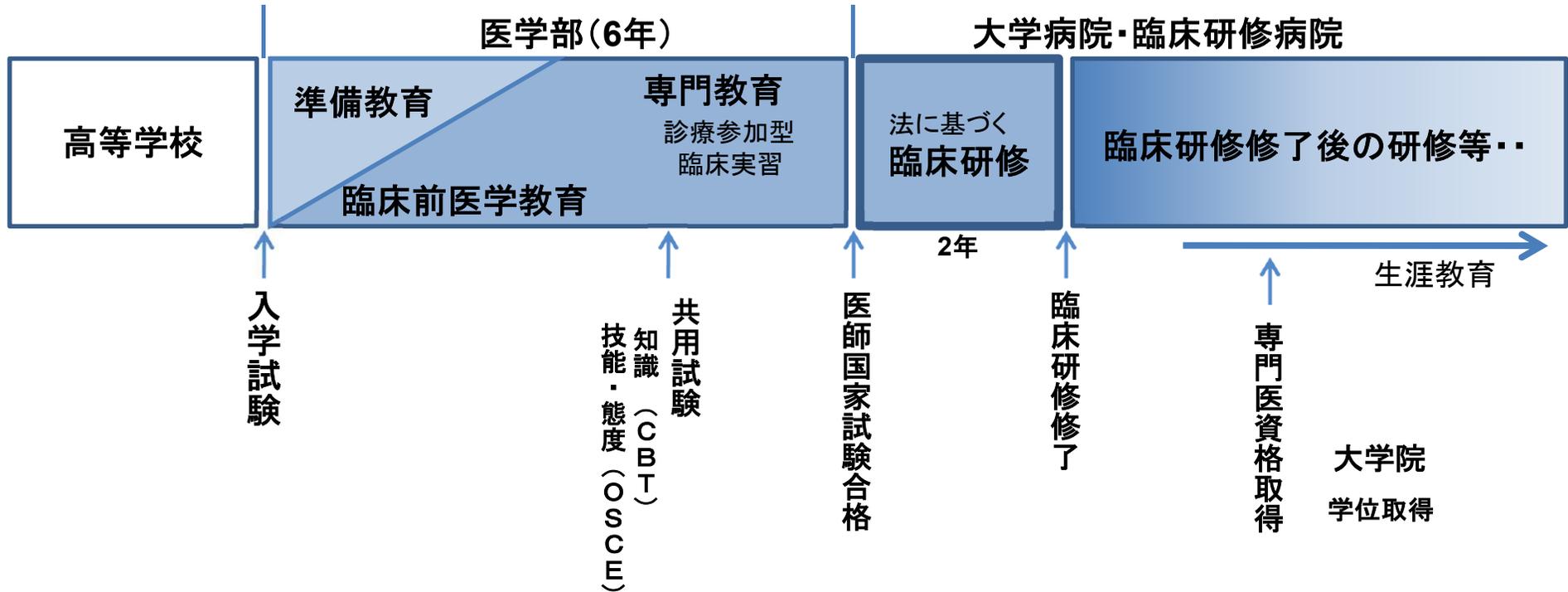
医師養成のための卒前・卒後教育の流れ

○平成12年の医師法改正(臨床研修必修化)以降の、大学による医学教育改革の自主的な取組

- ・平成13年:「**医学教育モデル・コア・カリキュラム**」策定
- ・平成17年:診療参加型臨床実習開始前に備えるべき知識と、技能・態度を評価する「**共用試験**」を正式実施(CATO)
(合格者には認定証(student doctor)を発行(AJMC))
- ・平成26年:診療参加型臨床実習のための医学生の「**医行為**」の水準策定(AJMC)

○進行中の更なる取組

- ・～平成32年:臨床実習後の技能・態度を評価する「**Post CC OSCE**」の正式実施に向けて全大学でのトライアル実施(CATO)
- ・～平成35年:「**国際水準の医学教育の認証**」を目指した組織(JACME)による全大学の受審



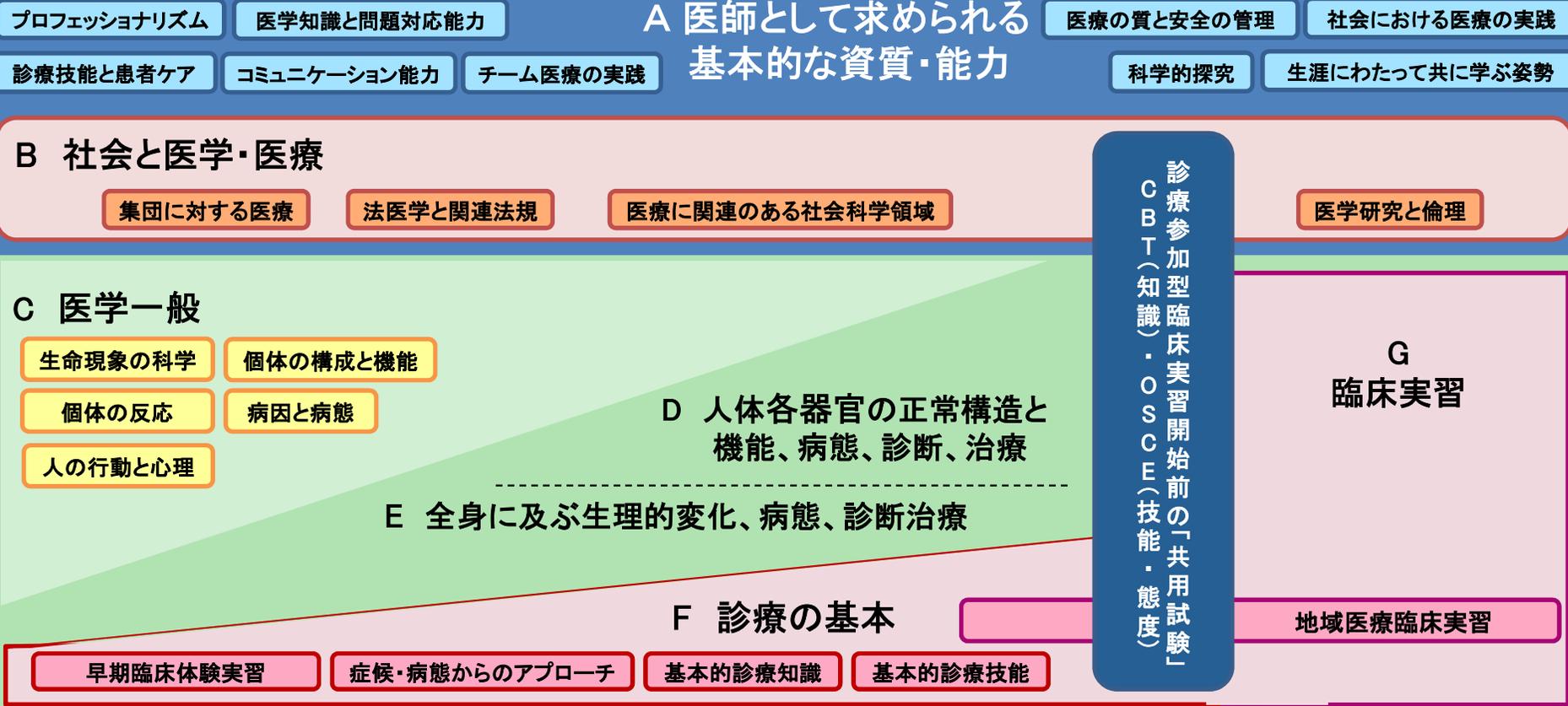
医学教育モデル・コア・カリキュラムの構成

- A 医師として求められる基本的な資質・能力
- B 社会と医学・医療
- C 医学一般
- D 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療
- E 全身に及ぶ生理的变化、病態、診断、治療
- F 診療の基本
- G 臨床実習 ※参考例: 診療参加型臨床実習実施ガイドライン

医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）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）を、「ねらい」と「学修目標」として明確化
- 学生の学修時間数の3分の2程度を目安としたもの
- 「医師として求められる基本的な資質と能力」として、ミニマム・エッセンスである項目を記載

多様なニーズに対応できる医師の養成



POSTCCOSCE
 医師国家試験（知識）
 （技能・態度）

各大学の特色ある独自のカリキュラム

- 各大学が教育理念に基づいて実施する独自の教育内容（教養教育や、学生が自主的に選択できるプログラムを含む）
- 学生の学修時間数の3分の1程度

「必ず経験すべき診療科」として、以下の7診療科を提示
＜内科 外科 小児科 産婦人科 精神科 総合診療科 救急科＞

○医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)「G 臨床実習」抜粋

G-4 診療科臨床実習

G-4-1) 必ず経験すべき診療科

G-4-1)-(1) 内科

ねらい:

- ①将来、内科医にならない場合にも必要な内科領域の診療能力について学ぶ。
- ②内科医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(2) 外科

ねらい:

- ①将来、外科医にならない場合にも必要な外科領域の診療能力について学ぶ。
- ②外科医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(3) 小児科

ねらい:

- ①将来、小児科医にならない場合にも必要な小児科領域の診療能力について学ぶ。
- ②小児科医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(4) 産婦人科

ねらい:

- ①将来、産婦人科医にならない場合にも必要な産婦人科領域の診療能力について学ぶ。
- ②産婦人科医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(5) 精神科

ねらい:

- ①将来、精神科医にならない場合にも必要な精神科領域の診療能力について学ぶ。
- ②精神科医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(6) 総合診療科

ねらい:

- ①どの科の医師になっても求められる総合診療能力について学ぶ。
- ②総合診療医のイメージを獲得する。

G-4-1)-(7) 救急科

ねらい:

- ①どの科の医師になっても求められる救急診療能力について学ぶ。
- ②救急科医のイメージを獲得する。

G-4-3) 地域医療実習

ねらい:

地域社会で求められる保健・医療・福祉・介護等の活動を通して地域医療と地域包括ケアシステムを一体的に構築することの必要性・重要性を学ぶ。

G-4-4) シミュレーション教育

ねらい:

医療安全の観点から臨床現場を想定した環境でシミュレーションによるトレーニングを積むことで、実際の臨床現場で対処できるようになる。

共用試験実施の概要 (H17年12月から正式実施)

CBT



CBT実施小委員会等
公益社団法人医療系大学間
共用試験実施評価機構
(CATO) 試験実施本部
OSCE実施小委員会等



CBTモニター、OSCEモニター・認定外部評価者はCATOが全試験に派遣

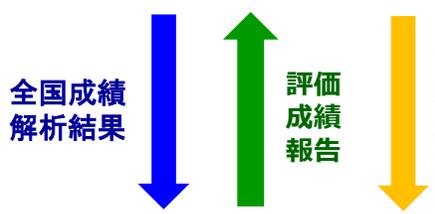
CBT実施会場例
1ブロック60分/6ブロック/
合計320設問
ブロック内でランダム出題

共用試験
合格

Student Doctor
認定証の発行
(AJMC)



病院実習 (診療参加型臨床実習) に参加



医学系81・歯学系29大学
OSCE実施責任者

各大学の基準に基づいた評価を学生に通知

学生

OSCE

モニター・認定外部評価者・内部評価者の参画

医学系 模擬患者

歯学系

医療面接・身体診察・生命救急・手技など

医療面接・基本的診察および検査能力

学生

学生はステーションを順に回り、態度と基本的診療能力の評価を受ける。

2016共用試験受験実績

医学	本試験	9,198人
	再試験	703人
歯学	本試験	2,394人
	再試験	563人

第112回(平成30年)医師国家試験における変更点について

背景

○ 平成26年度医師国家試験改善検討部会報告書において、第112回(平成30年)より、これまでの医師国家試験の「医学総論」および「医学各論」から「一般問題」として100題程度減らすことが可能であるとされた。

<理由>

- ① 共用試験CBT※の出題内容と医師国家試験の出題内容に重複がある
- ② 平成27年度より、全ての医学部において、共用試験CBT※の合格基準が統一化

医道審議会医師分科会の審議結果

○ 上記の報告書を踏まえ、平成29年4月の医道審議会医師分科会における審議を経て、第112回(平成30年)医師国家試験は以下の変更を行う。

<出題数について>

- ・ 出題数は、500題から400題に減じる。(「医学総論」および「医学各論」から「一般問題」として100題減じる。「必修問題」および「臨床実地問題」の出題数は現状維持とする。)

総出題数 500題→ 400題	一般問題	臨床実地問題
必修問題	50題	50題
医学総論	200題→ 100題	200題
医学各論		

<試験日数について>

- ・ 出題数の減少に伴い、試験日数は3日間から2日間に変更する。

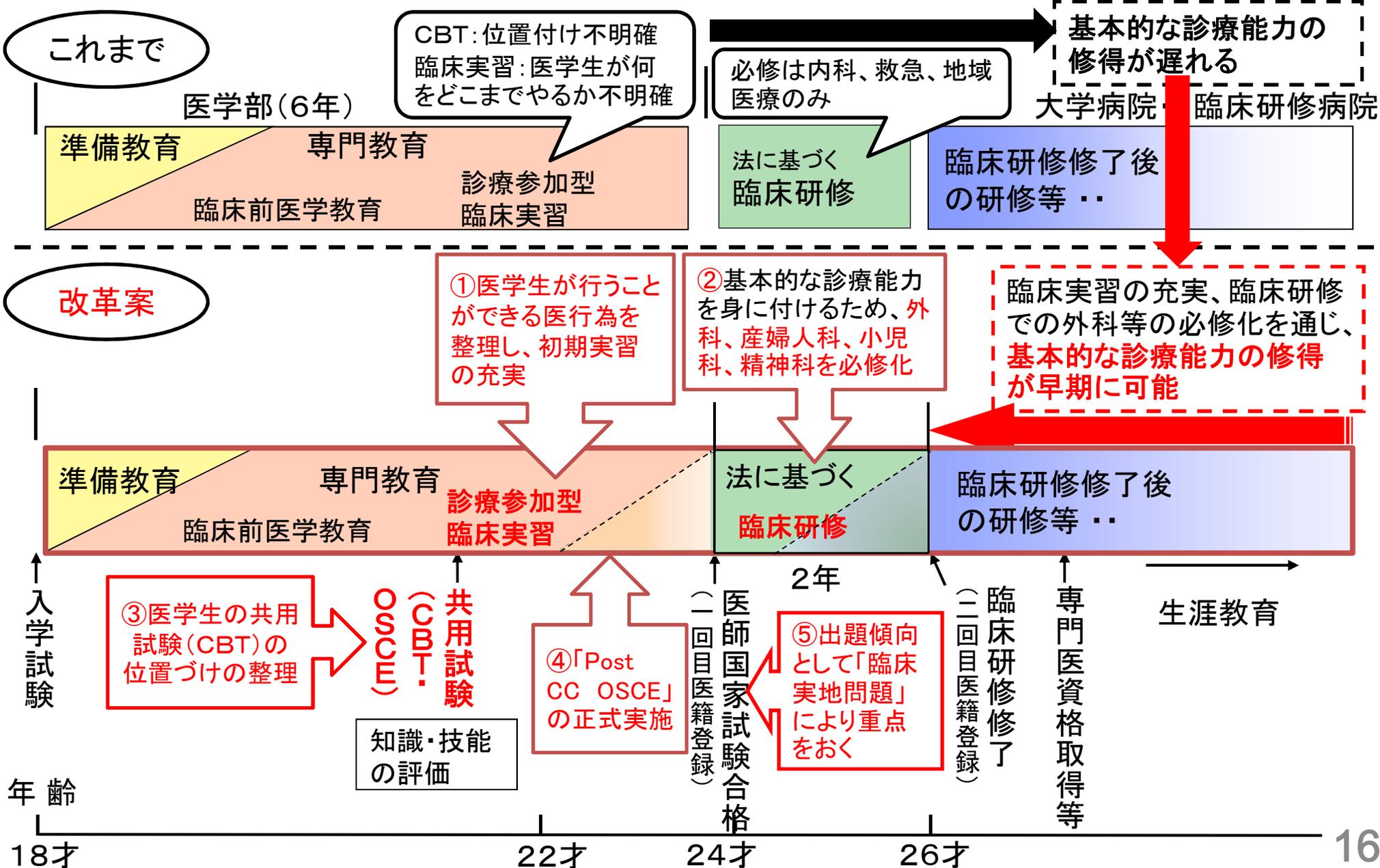
<配点について>

- ・ 必修問題以外の一般問題と臨床実地問題は、ともに1問1点で採点を行う。

<合格基準について>

- ・ 必修問題以外の一般問題と臨床実地問題は、これまで各々で合格基準を設定していたものを、一般問題と臨床実地問題の得点の合計について合格基準を設定する。

総合的な診療能力を持つ医師のシームレスな養成



医師の卒前・卒後教育に関する今後の改訂時期(案)

○ 卒前・卒後教育を検討する実施主体、改訂年度が異っていることから、今後、同時改訂を目指す方向で検討。

	位置づけ 又は実施根拠	検討を行う場	近年の 改訂年度		今後の 改訂年度 (予定)
 卒前  卒後	CBT・OSCE	公益社団法人「医療系大学間共用試験実施評価機構」 (第三者機関)	H27	—	 同時改訂(案)
	モデル・コア・カリキュラム	「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会」 「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会」 (文部科学省)	H22	H28	
	医師 国家試験	医道審議会医師分科会 「国家試験改善検討部会」 「国家試験出題基準改定部会」 (厚生労働省)	H24 (H24)	H29 (H29)	
	臨床研修	医道審議会医師分科会 「医師臨床研修部会」 (厚生労働省)	H21 (H22)	H25 (H27)	

※()は施行年度

2 到達目標・方略・評価について

現行の研修の到達目標についての指摘

- ① 行動目標と経験目標から構成されているが、その内容について必ずしも目標、方略、評価に分けられていない
- ② 人口動態や疾病構造の変化、医師養成全体の動向等に配慮すべき
- ③ 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
- ④ 「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が、診療能力の評価をさらに重視すべき
また、評価方法が様々であるため評価方法の標準化が必要
- ⑤ 項目が細分化されており、簡素化が必要

臨床研修の到達目標、方略及び評価の見直しのポイント

1. 到達目標の項目の整理

- 新たな臨床研修の到達目標については、「目標」とそれを達成するための「方略」、及びその「評価」に分けて整理

2. 卒前教育との整合性

- 到達目標、方略、評価について、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム等との連続性を考慮
 - 到達目標、方略、評価を整合的に設定

3. 研修項目の充実

- 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、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修化
- 臨床推論や外来での研修を充実させるため、一般外来における研修を方略に位置づけた

4. 評価方法の標準化

- 評価の標準化のため、評価票及び評価方法を提示
- 臨床研修の到達目標の項目毎に、臨床研修医に求められる修得の程度を提示(マイルストーン)

5. 項目の簡素化

- 「経験すべき症候」と「経験すべき疾病・病態」を簡素化
 - 「経験すべき症候」 52項目 → 29項目
 - 「経験すべき疾患・病態」88項目(7割以上) → 26項目
 - **A疾患**(入院症例レポートが必修)、**B疾患**(外来、入院での経験が必修)を廃止し、上記項目を全て経験することとした
 - レポート作成を廃止し、日常業務で作成する病歴要約で確認

必修診療科の見直し(イメージ)

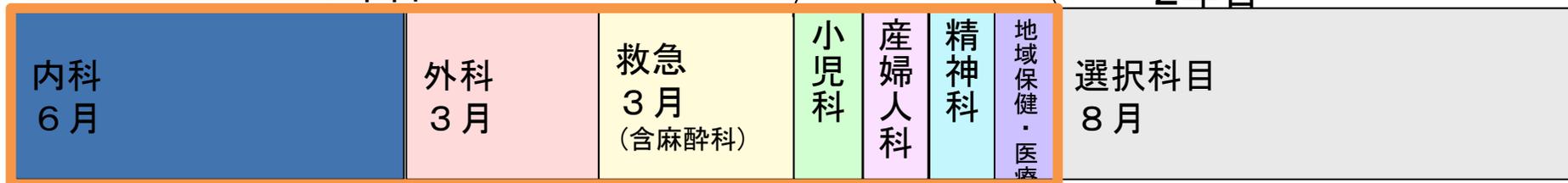
H16年度～H21年度(7科目必修)

1年目

各1月

2年目

 必修

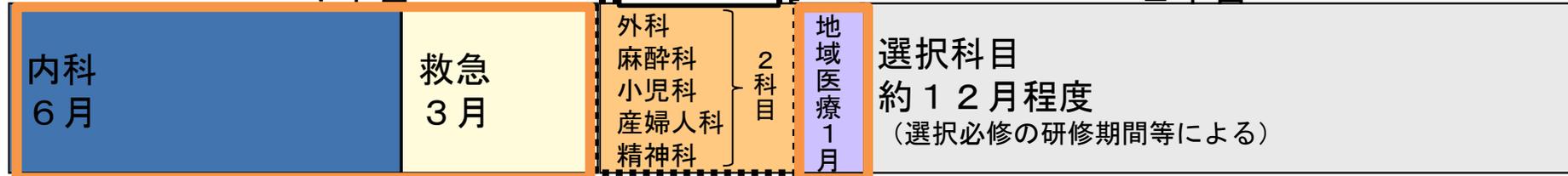


H22年度～H31年度(3科目必修)

1年目

選択必修

2年目



H32年度～(7科目必修)(案)

1年目

※外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療は8週以上が望ましい

2年目

臨床研修病院



※一般外来 4週以上を含む(8週以上が望ましい)

医学教育モデル・コア・カリキュラム(卒前)

医師として求められる基本的な資質・能力

1 プロフェッショナリズム

2 医学知識と問題対応能力

3 診療技能と患者ケア

4 コミュニケーション能力

5 チーム医療の実践

6 医療の質と安全の管理

7 社会における医療の実践

8 科学的探求

9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

臨床研修の到達目標(卒後)

医師としての基本的価値観
(プロフェッショナリズム)

1 社会的使命と公衆衛生への寄与

2 利他的な態度

3 人間性の尊重

4 自らを高める姿勢

資質・能力

1 医学・医療における倫理性

2 医学知識と問題対応能力

3 診療技能と患者ケア

4 コミュニケーション能力

5 チーム医療の実践

6 医療の質と安全の管理

7 社会における医療の実践

8 科学的探求

9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢



臨床研修到達目標と医学教育モデル・コア・カリキュラムの関係について(診療科)

医学教育モデル・コア・カリキュラム(卒前)

臨床実習で必ず経験すべき診療科

- 1 内科
- 2 外科
- 3 小児科
- 4 産婦人科
- 5 精神科
- 6 救急科
- 7 地域医療実習
- 8 総合診療科
- 9 シミュレーション教育*

臨床研修の方略(卒後)

臨床研修における必修診療領域

- 1 内科
- 2 外科
- 3 小児科
- 4 産婦人科
- 5 精神科
- 6 救急科
- 7 地域医療

※ 8 総合診療科でも可

※医療安全の観点から臨床現場を想定した環境でシミュレーションによるトレーニングを積むことで、実際の臨床現場で対処できるようになることを目的としている。

臨床研修における研修医評価票の例

1. 医学・医療における倫理性:

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

レベル1 モデル・コア・カリキュラム (卒前レベル)	レベル2	レベル3 臨床研修の到達目標 (臨床研修終了時で期待される レベル)	レベル4
■ 医学・医療の歴史的な流れ、臨床倫理や生と死に係る倫理的問題、各種倫理に関する規範を概説できる。	人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。	人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。	モデルとなる行動を他者に示す。
■ 患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の価値観、インフォームドコンセントとインフォームドアセントなどの意義と必要性を説明できる。	患者のプライバシーに最低限配慮し、守秘義務を果たす。	患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。	モデルとなる行動を他者に示す。
■ 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	倫理的ジレンマの存在を認識する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。
■ 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	利益相反の存在を認識する。	利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。	モデルとなる行動を他者に示す。
	診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。	診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。	モデルとなる行動を他者に示す。

I 到達目標

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
2. 利他的な態度
3. 人間性の尊重
4. 自らを高める姿勢

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性
2. 医学知識と問題対応能力
3. 診療技能と患者ケア
4. コミュニケーション能力
5. チーム医療の実践
6. 医療の質と安全の管理
7. 社会における医療の実践
8. 科学的探究
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

C. 基本的診療業務

- （コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる）
1. 一般外来診療
 2. 病棟診療
 3. 初期救急対応
 4. 地域医療

II 実務研修の方略

内科（24週以上） **外科（4週以上）** **小児科（4週以上）** **産婦人科（4週以上）** **精神科（4週以上）** 救急（12週以上） 地域医療（4週以上）を必修

- ◆ **一般外来（4週以上）**での研修を含める
（他の必修分野等との同時研修を行うことも可能）
- ◆ 地域医療は、**へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所**で行い、**一般外来での研修と在宅医療の研修を含める**
※地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない
※病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること
- ◆ 全研修期間を通じて、以下の研修を**含むこと**
➢ 感染対策、予防医療、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、臨床病理検討会（CPC）等
- ◆ 以下の研修を含むことが望ましい
➢ 診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア等）に参加、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性菌、ゲノム医療等

経験すべき症候

29項目（ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛等）

経験すべき疾患・病態

26項目（脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎等）

※日常業務において作成する**病歴要約で確認**（病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含む）

III 到達目標の達成度評価

< **研修医評価票** >

- I. 「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」に関する評価
- II. 「B. 資質・能力」に関する評価
- III. 「C. 基本的診療業務」に関する評価

< **臨床研修の目標の達成度判定票** >

→ 2年間の研修終了時に、研修管理委員会において、研修医評価票 I、II、IIIを勘案して作成（総括的評価）

※ 原則として、修了判定については、すべての到達目標について達成していることが必要であるが、身体障害により達成が困難な項目がある等のやむを得ない理由がある場合には、総合的に判断して修了判定を行う。

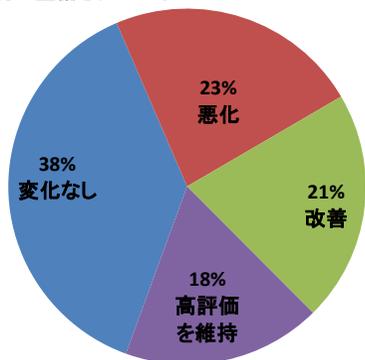
- ◆ 各分野・診療科のローテーション終了時に、**医師及び医師以外の医療職（看護師を含むことが望ましい）が評価**
- ◆ 少なくとも**年2回**、プログラム責任者・研修管理委員会委員が、研修医に対して**形成的評価（フィードバック）**を行う

3 臨床研修病院の在り方について

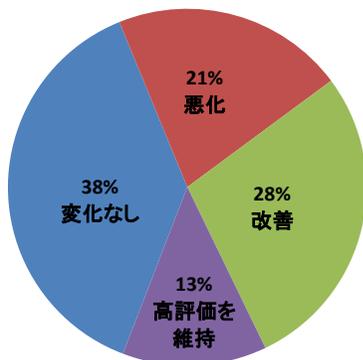
基幹型臨床研修病院の訪問調査に係る改善状況

- 現在、入院患者数が年間3,000人未満の基幹型臨床研修病院については、個別の訪問調査等により、適切な指導体制が確保され、かつ、研修医が基本的な診療能力を修得することができるかと認められる場合に限り、基幹型臨床研修病院として指定を継続又は指定の可否を判断することとされている。
- 訪問調査においては、書類等による確認、研修医へのインタビュー等を行い、以下の5つの項目について基幹型臨床研修病院として適当であるか否かという視点から調査を実施している。
- これまでの2回目以降の訪問調査結果を見ると、特に臨床研修病院の指導・管理体制に関する事項について、**悪化や変化なしとなる項目が5割を超える状況となっている。**

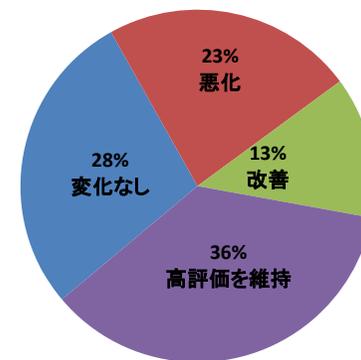
研修を行うのに十分な症例や研修にふさわしい環境が整備されているか



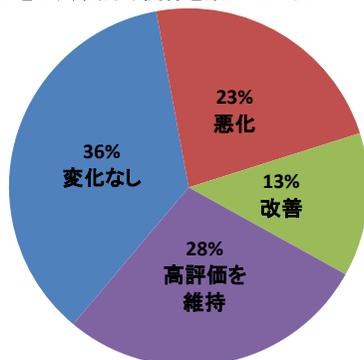
研修医の診療内容や説明について、指導医等から適切な助言・指導が行われているか



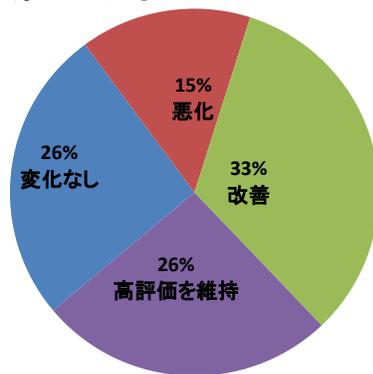
研修が組織的・計画的に行われ、管理体制が適切に確立されているか



患者・家族や他の医療従事者と十分なコミュニケーションをとり、良好な関係を築いているか



患者の問題を把握し、検査や治療の計画の全体像を把握して診療にあたり、臨床上の疑問を解決するための自己学習の習慣が身についているか



2回目以降の訪問調査回数
n=39 について集計

<現状の評価方法>

- 各項目は、3段階(A,B,C)で評価。
- 総合評価については、以下のとおり評価。
全項目がA評価の場合:A(→4年以内再調査)
一つの項目でもC評価の場合:C(→指定取消)
上記以外の場合:B(→2年以内再調査)

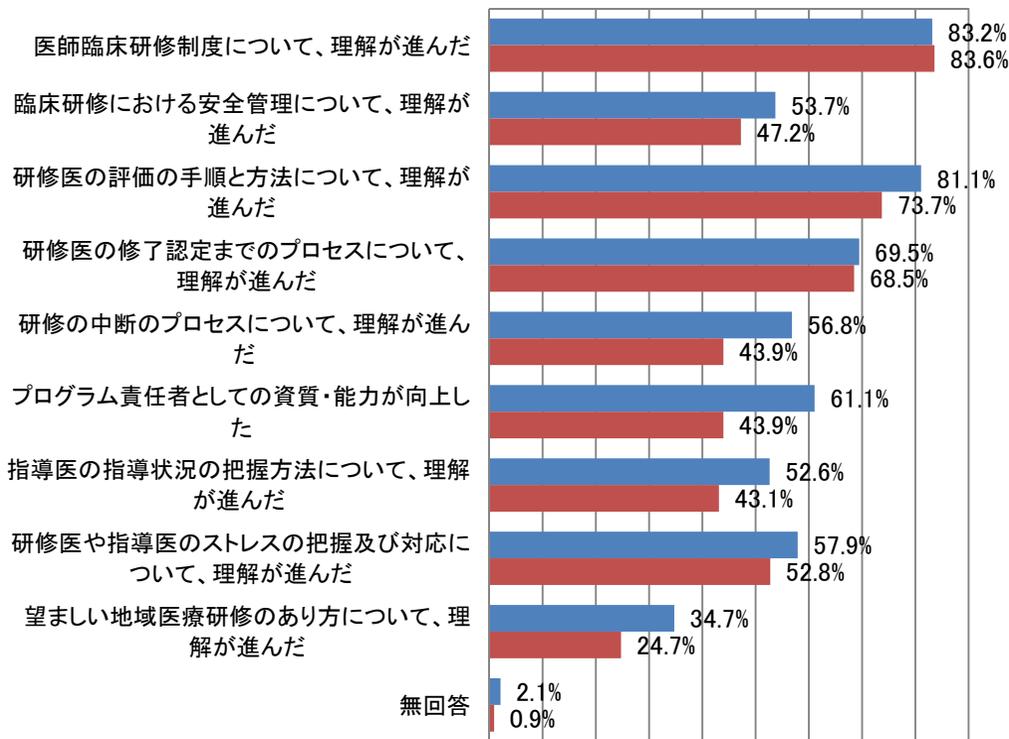
プログラム責任者養成講習会の受講の有無



出典：平成29年プログラム責任者アンケート

<講習会の効果（複数回答可）>

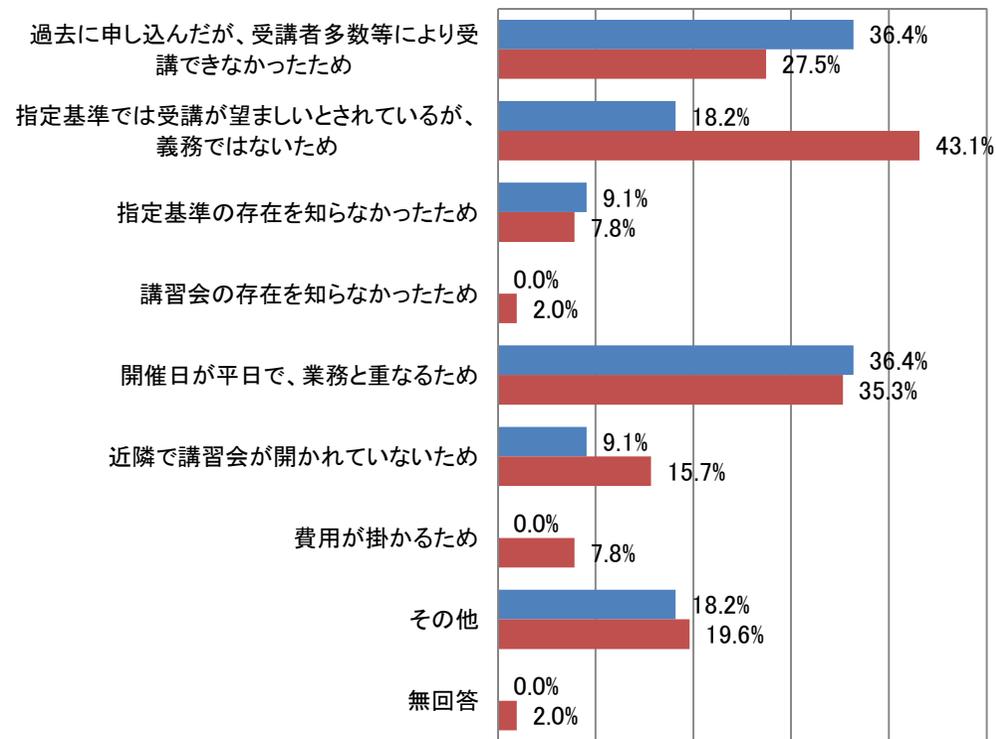
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%



■ 大学病院 (n=95) ■ 臨床研修病院 (n=578)

<講習会を受講していない理由（複数回答可）>

0% 10% 20% 30% 40% 50%



■ 大学病院 (n=11) ■ 臨床研修病院 (n=51)

プログラム責任者養成講習会実施要綱

- 1 目的 : 円滑かつ効果的な臨床研修を推進し、研修医の臨床研修目標達成を支援するために、研修プログラムの実施を管理し、研修医に対する助言、指導及びその他の援助並びに指導医に対する支援を適切に行う能力を修得するとともに、臨床研修を行う病院、施設における適切な指導体制の確保に資することを目的とするものである。
- 2 実施主体 : 臨床研修協議会
- 3 実施場所 : 臨床研修協議会の決定による
- 4 受講資格 : 臨床研修病院または公私立医科大学附属病院に勤務する医師で、次の各号に該当する者
 - (1)プログラム責任者として、現にプログラムの立案、作成に携わっている者、又は今後携わる予定のある者
 - (2)プライマリケアの指導方法等に関する講習会を修了している者
- 5 受講者数 : 原則として1か所1回あたり50人程度とする。
- 6 講習内容 : 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。
 - ・研修プログラムの策定、点検
 - ・臨床研修の到達目標の達成評価
 - ・指導医の指導状況の把握
 - ・臨床研修における安全管理
 - ・労働関係法規
- 7 講習会の実施に当たり留意すべき事項
 - (1)講習期間中、専門に利用できる教室が確保できること。
 - (2)グループワークをするための部屋(演習室)が確保できることが望ましいこと。
 - (3)必要な図書を有する図書室を利用できること。
 - (4)教室等は、採光、換気等が適当であり、学習環境についての配慮がなされていること。
- 8 講師
講師については、講習科目を教授できる大学教授又はこれと同等の知識及び経験を有する者とする。
- 9 その他
 - (1)国は、予算の範囲内で別に定める基準により、補助を行うものとする。
 - (2)講習を修了した者には修了証書を交付するものとする。

指導医講習会 開催指針の改正

「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針について」(平成26年12月10日一部改正 医政局長通知)

指導医講習会のさらなる質の向上を図るため、**開催指針を一部改正し、平成27年度から適用**

指導医講習会におけるテーマ

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
- 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)
- ③ 医療の社会性
- ④ 患者と医師との関係
- ⑤ 医療面接
- ⑦ 医療安全管理
- ⑧ 地域保健・医療
- ⑨ 指導医の在り方
- ⑥ 根拠に基づいた医療(EBM)
- 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



次の①～④に掲げる項目について必ず含むこととし、必要に応じ、⑤及び⑥に掲げる項目を加えること。

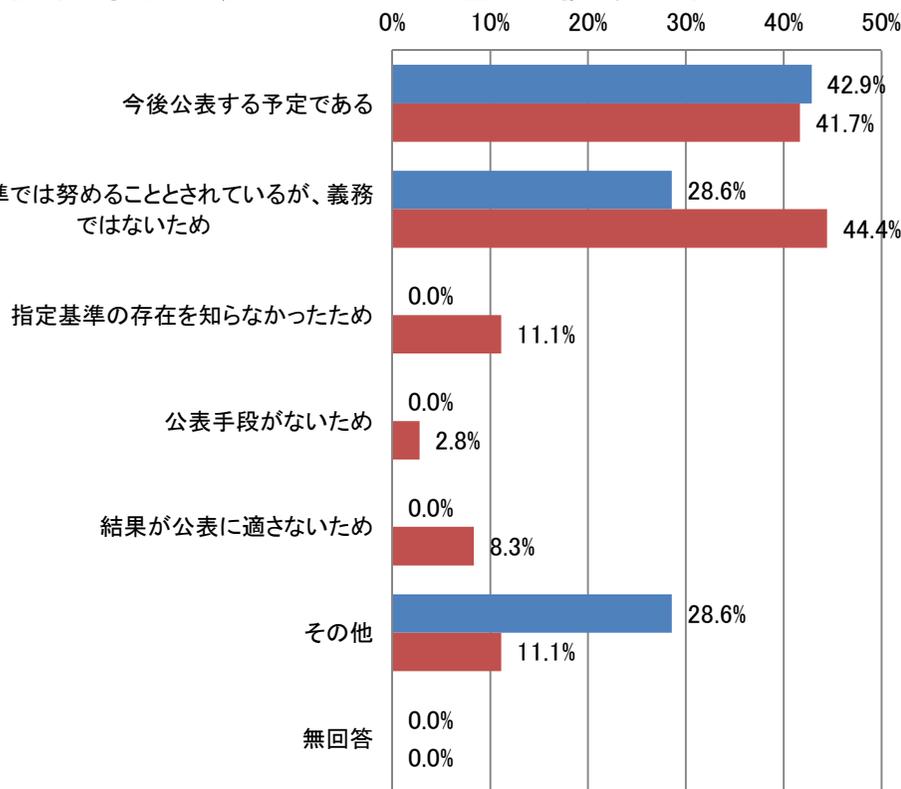
- ① 医師臨床研修制度の理念と概要(プライマリ・ケアの基本的診療能力を身につけることの重要性を含む)
- ② 医師臨床研修の到達目標と修了基準
- ③ 研修プログラムの立案(研修目標、研修方略及び研修評価の実施計画の作成)
(テーマの例)
医療の社会性 患者と医師との関係 医療面接
医療安全管理 院内感染対策
救急医療(頻度の高い救急疾患の初期治療等)
地域医療(地域の特性に即した医療や病診連携等)
地域保健(保健所等の役割や健康増進への理解等)
多職種協働(チーム医療)
- ④ 指導医の在り方
(指導医が身につけるべき指導方法及び内容の例)
フィードバック技法 コーチング メンタリング
メンタルケア プロフェッショナリズム
根拠に基づいた医療(Evidence-based Medicine: EBM)
キャリアパス支援 出産育児等の支援体制
- ⑤ 指導医及び研修プログラムの評価
- ⑥ その他臨床研修に必要な項目

第三者による評価及び評価結果の公表の有無



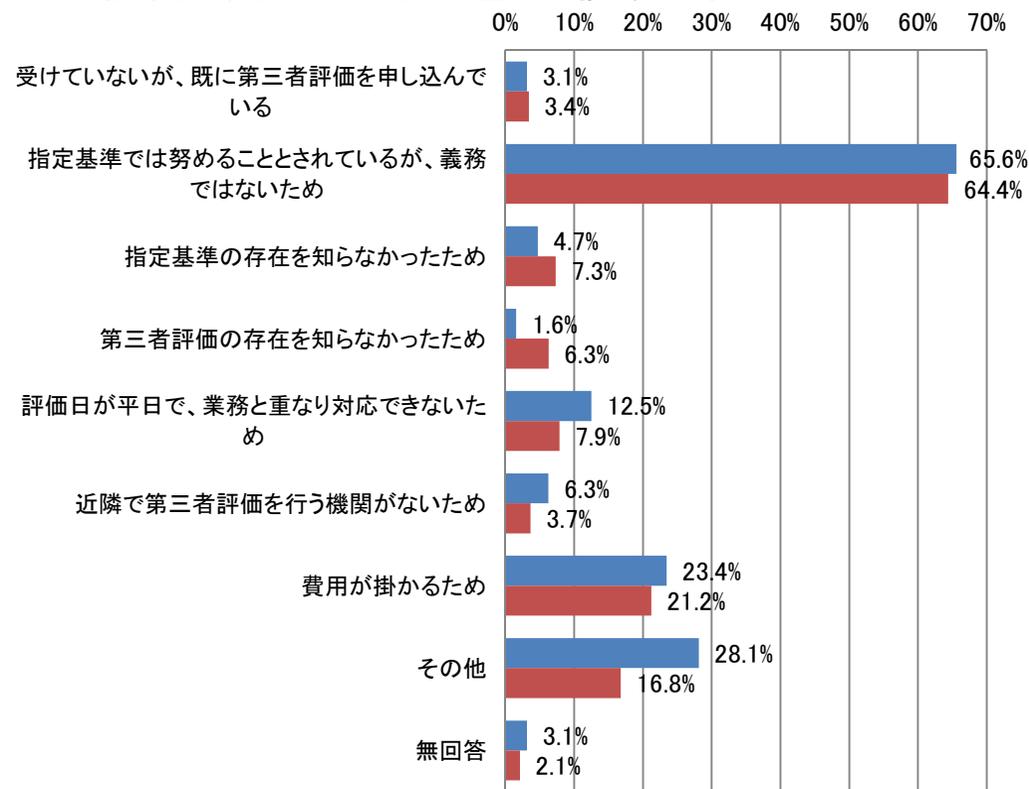
■ 評価結果を公表している ■ 評価結果は未公表 ■ 評価を受けていない ■ 無回答

<評価結果を公表していない理由(複数回答可)>



■ 大学病院 (n=7) ■ 臨床研修病院 (n=36)

<評価を受けていない理由(複数回答可)>



■ 大学病院 (n=64) ■ 臨床研修病院 (n=382)

臨床研修病院の在り方について

課題

- 前回の見直しの際に、当面、年間入院患者数が3,000人以上の基準を満たせない研修病院については、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とされている
- これまでに実施された**2回目以降の訪問調査結果を見ると、特に臨床研修病院の指導・管理体制に関する事項について、悪化や変化なしとなる項目が5割を超える**状況

- 前回の見直しの際に、プログラム責任者について、将来的に受講を必須の方向とする等、その育成を強化すべきとされている
- プログラム責任者アンケートによると、**実際にプログラム責任者の約9割がプログラム責任者養成講習会を受講している**こと等が認められる

- 年間入院患者数が3,000人以上の基幹型病院については、訪問調査の対象とならない**
- 協力型病院として臨床研修を行った実績として、研修医1人当たりの研修期間にかかわらず合計で2年間の実績があれば良いとされている

- 現時点において第三者評価を受けている病院の割合は基幹型病院の**4割弱**にとどまっている

対応

- 訪問調査の対象となる基幹型病院における研修の質の向上を図るため、基幹型病院の訪問調査に係る指定取消等について、以下の見直しを行う
 - ・現状、**三段階(A、B、C)となっている評価を四段階(A、B+、B-、C)とし、B-と評価された病院については次回の調査において、続けてB-と評価された場合、原則、指定取消の対象**
 - ・訪問調査時に調査の対象となる項目を常時公表
 - ・審議会での意見聴取結果を基幹型病院にフィードバック

- 経過措置を講じた上で、**プログラム責任者養成講習会の受講を必須とする**

- 年間入院患者数が3,000人以上の基幹型病院のうち**指導・管理体制等に課題があると考えられる病院については、訪問調査と同様の仕組みを取り入れる**
- 協力型病院として研修医に対して臨床研修を行った実績については、研修医1人当たりの研修期間が8週以上となることを必須、複数の必修分野を担当することが望ましい、としつつこれらを含め、総合的に判断

- 基幹型病院については、年間入院患者数にかかわらず**第三者からの評価を受けることを強く推奨**

4 地域医療の安定的確保について

臨床研修医の募集定員倍率

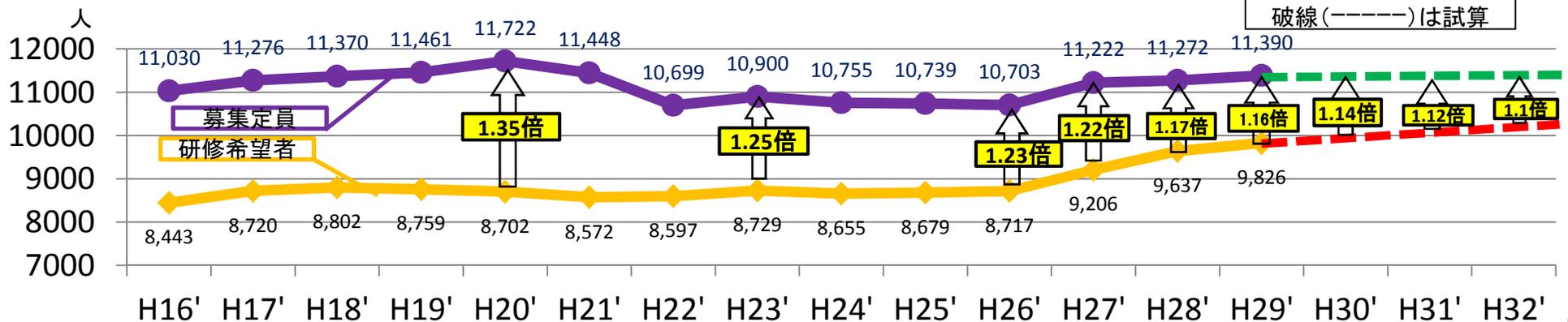
○ 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。平成22年度の研修から都道府県別の募集定員上限を設定し、平成27年度には1.22倍まで縮小。今後、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる。



- ・ 研修医の募集定員には、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず
- ・ 全国の募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大
- ・ 都道府県の募集定員について上限設定
- ・ 平成27年度の約1.2倍から、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる

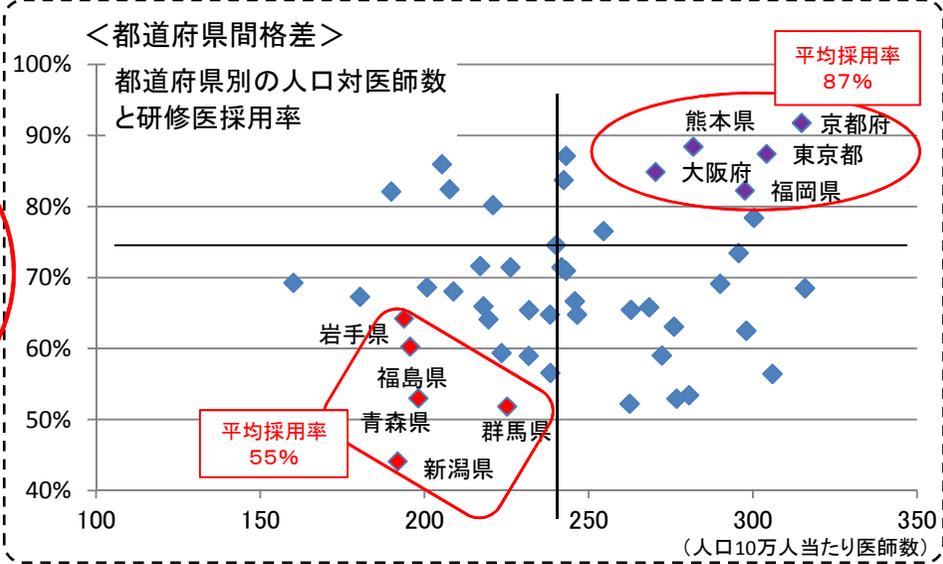
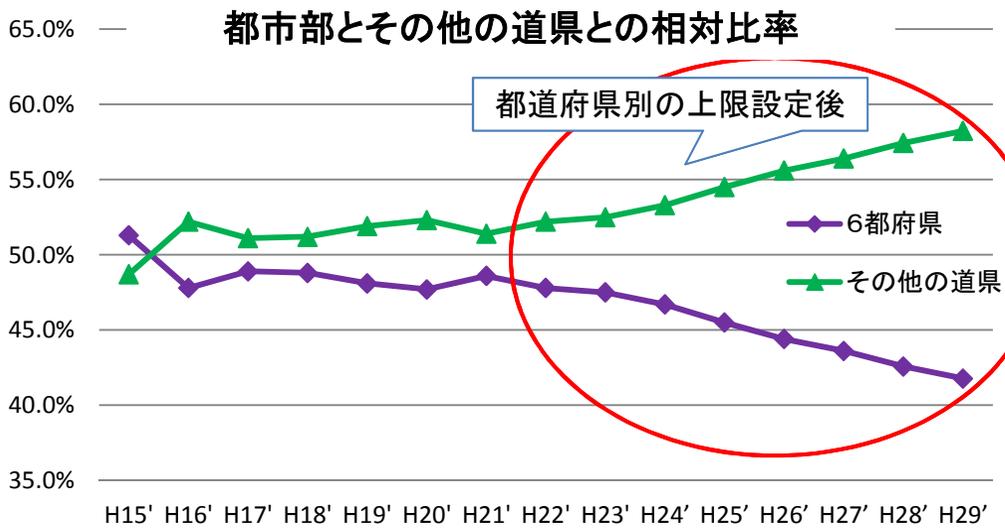
$$\frac{\text{全国の臨床研修募集定員数}}{\text{全国の臨床研修希望者数}} = \text{臨床研修医の募集定員倍率 (平成27年度 約1.2倍)}$$

研修医の募集定員・研修希望者数の推移



研修医の採用実績<6都府県とその他の道県、医師数と採用率>

- 研修医採用実績における、大都市部（6都府県）とその他の道県との相対比率
 - ・大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の比率は減少傾向にあり、
 - ・その他の道県の比率は増加傾向にある。
 - 人口当たり医師数と研修医採用率※との関係
 - ・人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い4都府県の平均採用率が90%である一方、医師数が少なく研修医採用率も少ない4県の平均採用率は50%で研修医の確保に困難を抱える。
- ※ 研修医採用率 = 採用実績 / 募集定員



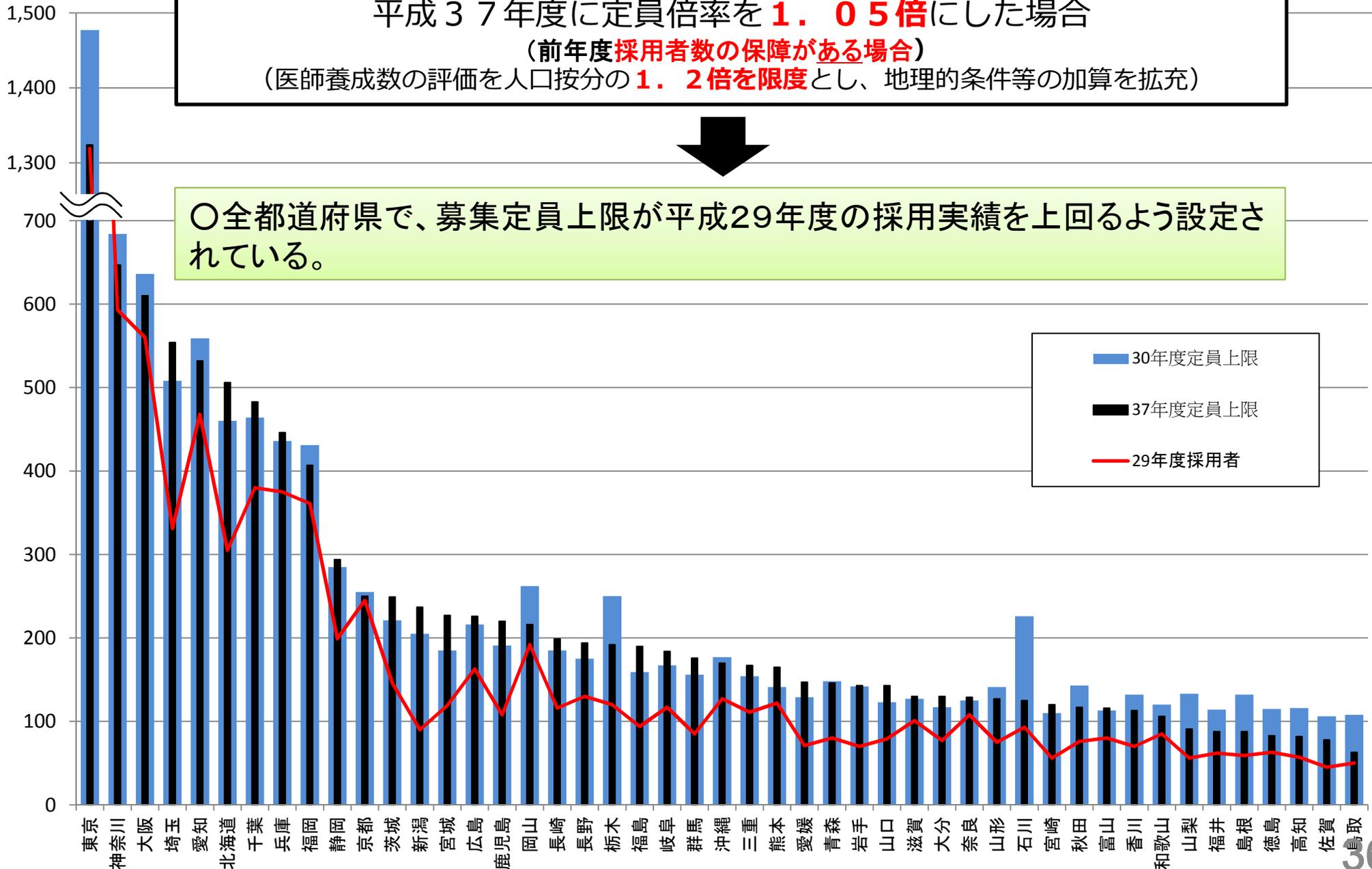
	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'	H29'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%	44.4%	43.6%	42.6%	41.8%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%	55.6%	56.4%	57.4%	58.2%

募集定員倍率を圧縮した場合の推計（イメージ）

平成37年度に定員倍率を**1.05倍**にした場合
 （前年度採用者数の保障がある場合）
 （医師養成数の評価を人口按分の**1.2倍を限度**とし、地理的条件等の加算を拡充）

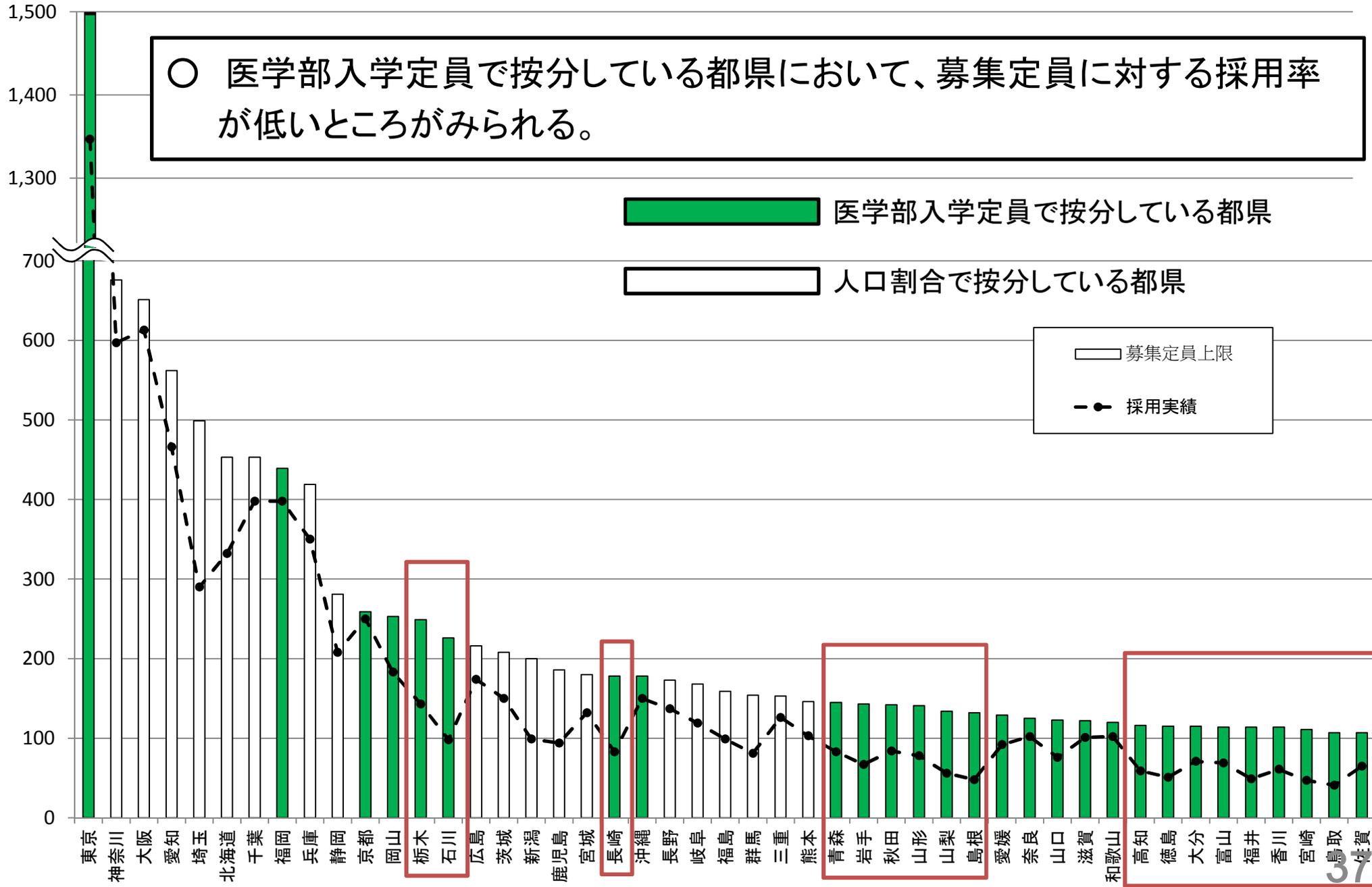


○全都道府県で、募集定員上限が平成29年度の採用実績を上回るよう設定されている。



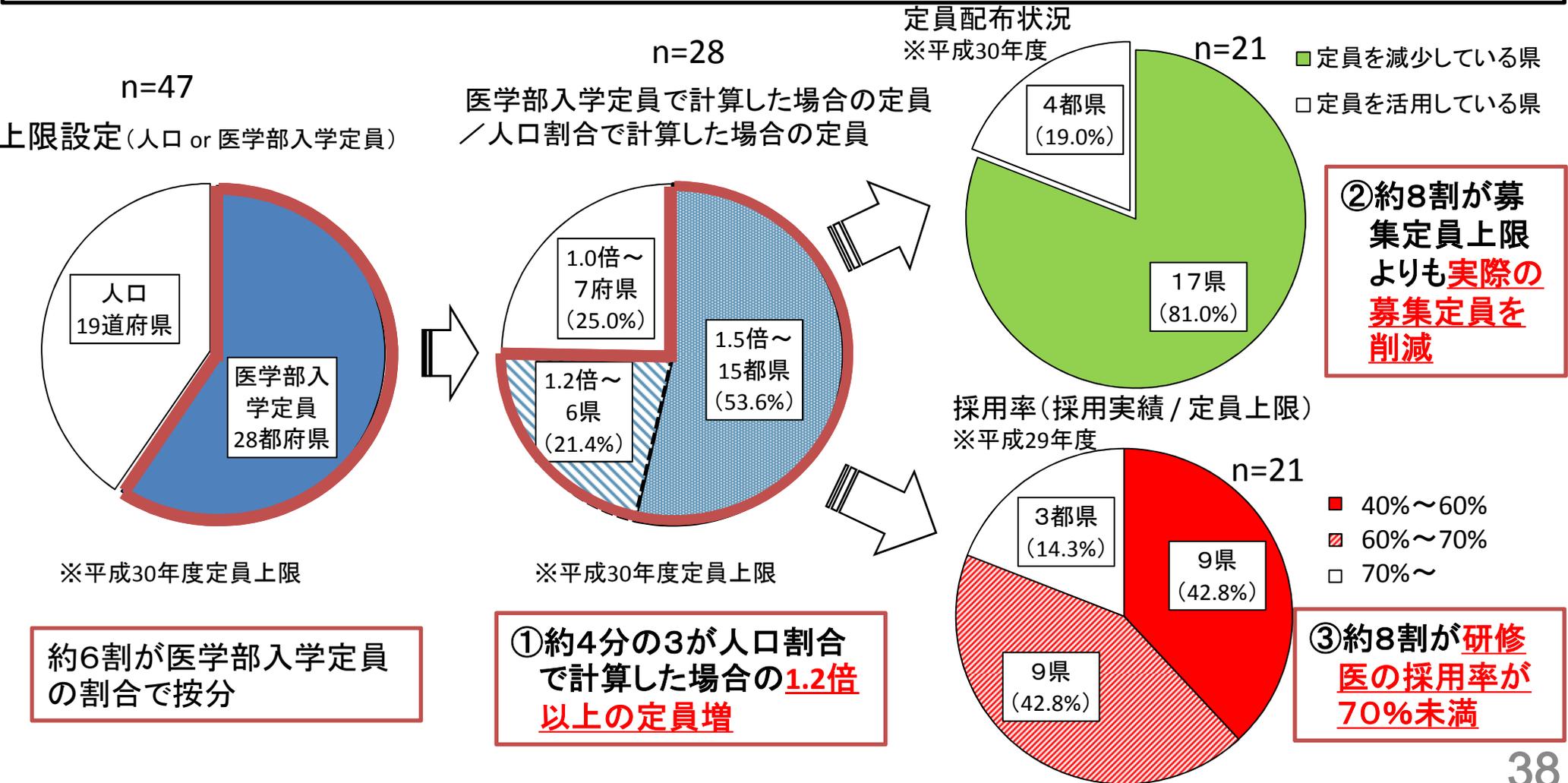
医学部入学定員で按分している都県の採用率（平成28年度）

○ 医学部入学定員で按分している都県において、募集定員に対する採用率が低いところが見られる。



医学部入学定員で按分している都県の採用状況等

- 都道府県別定員の上限の設定にあたり、医学部入学定員の割合を採用している都府県においては、**人口割合で計算した場合の定員に比べ、1.2倍以上の定員増となる場合が約4分の3ある。**
- その結果、**募集定員上限よりも実際の募集定員を削減させている県や、研修医の採用率の低い県が存在。**



①人口分布

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

②医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

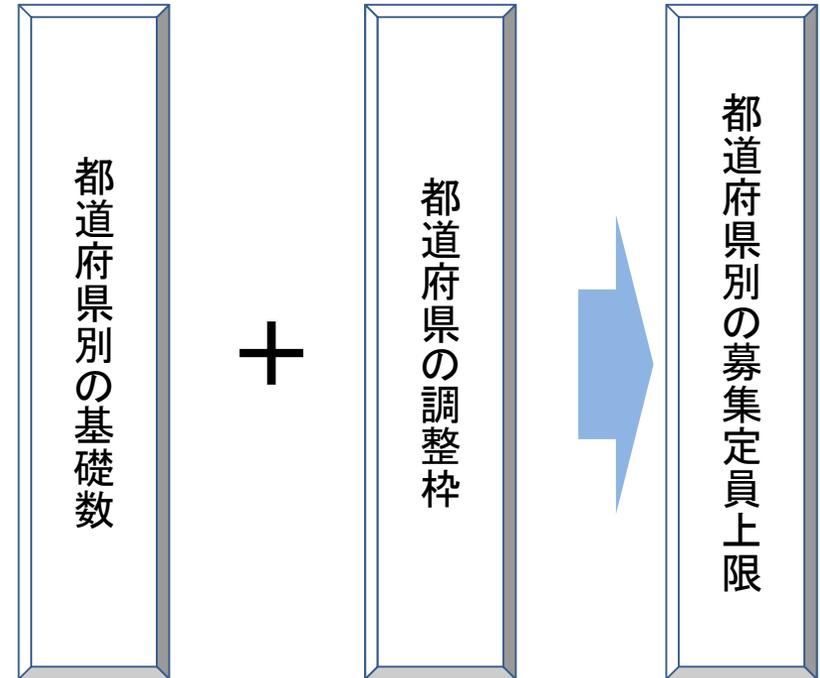
研修医総数を①と②の
多い方の割合で按分

(1) 医師養成状況による募集定員の増加については一定の上限を加える

③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km²当たり医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

(2) 医師不足地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させる



大学が所在する都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

- 初期臨床研修を出身大学と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県で勤務する割合が高い（85%）。一方、初期臨床研修を出身大学と異なる都道府県で実施した場合、研修修了後、大学と異なる都道府県で勤務する割合が高い（84%）。

		臨床研修修了後に勤務する都道府県			
		A県		A県以外	
大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	5164	85%	938	15%
A県	B県	905	16%	4677	84%

- ※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
 ※2 出身地：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。
 ※3 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。

出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

- 出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い（90%）。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い（79%）。
- 出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修終了後、出身地で勤務する割合は低い（36%）。

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	A県	2776	90%	304	10%
A県	A県	B県	321	36%	567	64%
A県	B県	A県	2001	79%	543	21%
A県	B県	C県	474	9%	4578	91%

<参考>

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B県	A県	A県	2347	79%	617	21%

※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

※2 出身地：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。

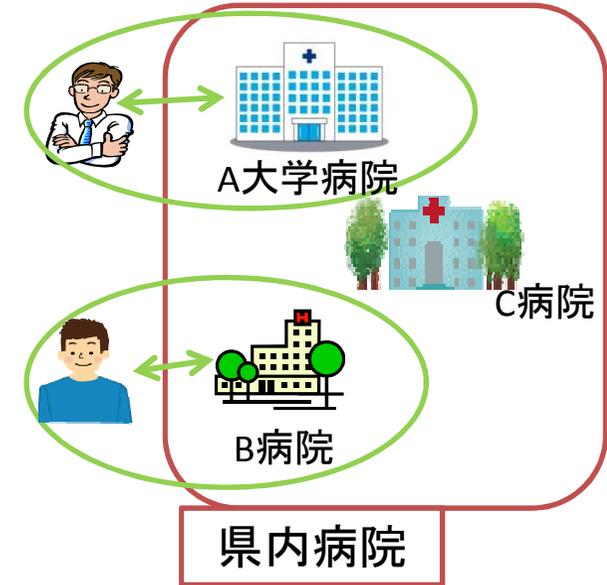
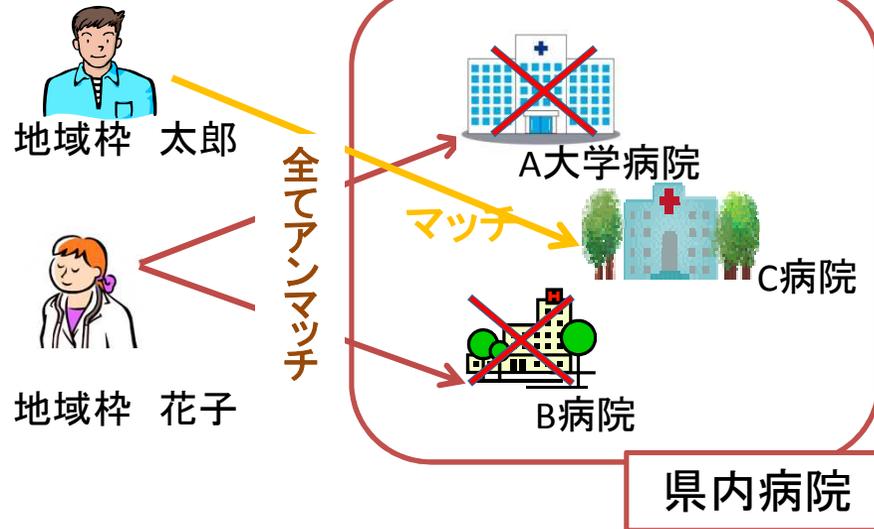
※3 A県は任意の都道府県。B県、C県はA県以外の都道府県。（C県はB県と一致する場合も含む）

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）
厚生労働省調べ

地域枠とマッチング

- 現行では、地域枠や地元出身者とそれ以外の者が同時にマッチングを実施するため、**地域枠の医師が、診療義務が課せられた地域での希望病院にマッチできない可能性がある。**
- 現行では**地域枠学生も、マッチングに参加**して臨床研修を行う病院を決定。
(一般枠学生と同様の扱い)
※**例外: 自治医科大学と防衛医科大学校**
・マッチングに参加せず、研修を行う病院を個別に調整して決定

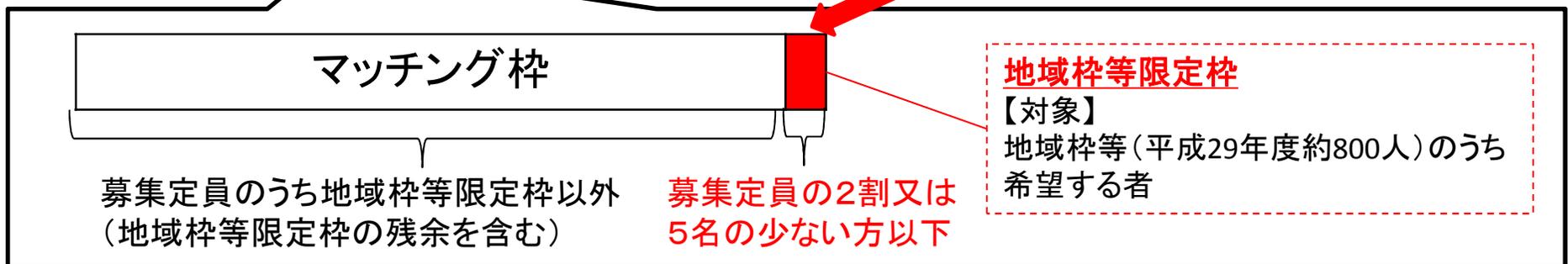
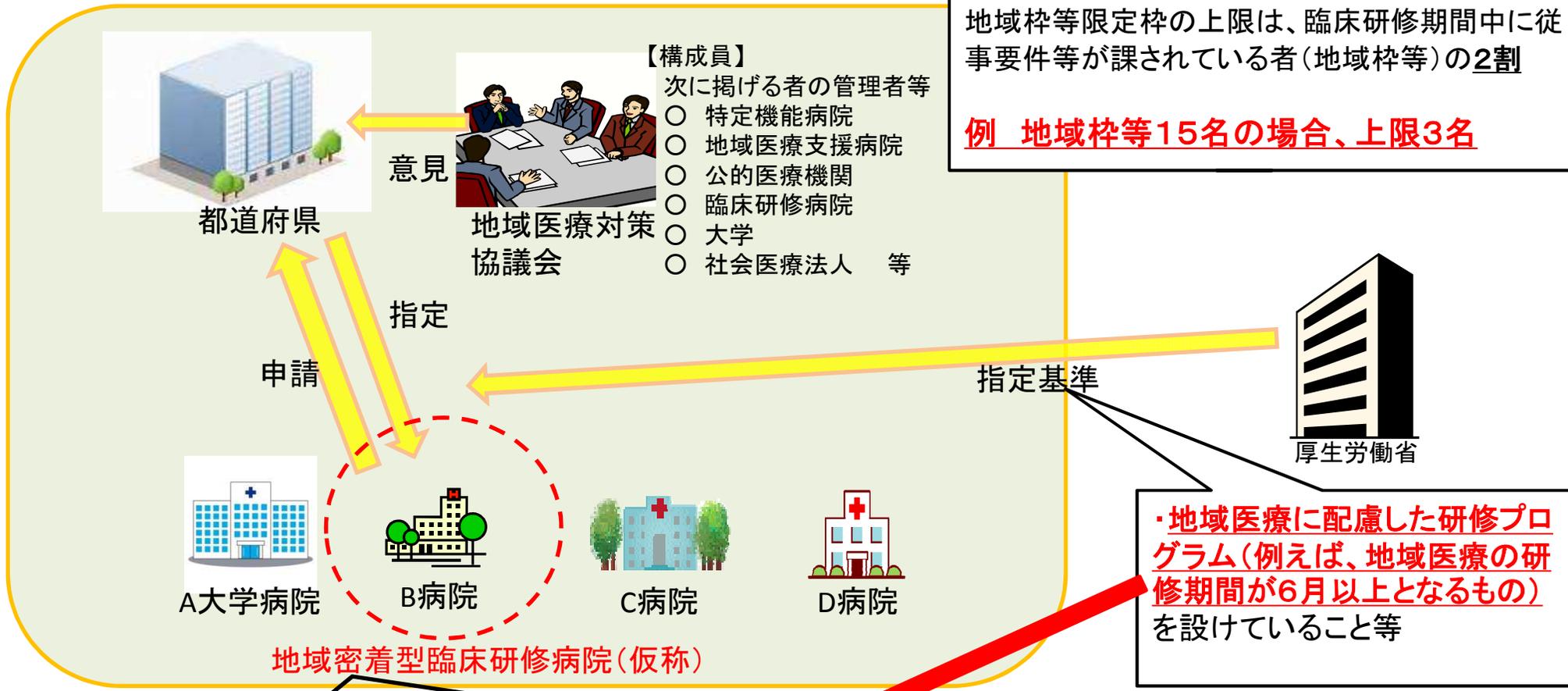
マッチング(現行)



※自治医科大学、防衛医科大学校が対象
(マッチング前に病院を決定)

学生	マッチング結果	進路
太郎	指定された研修病院にマッチ	・マッチしたC病院へ
花子	指定された研修病院にアンマッチ	・2次募集等

地域密着型臨床研修病院（仮称）における地域枠等限定選考（イメージ）



地域枠等限定選考に関するスケジュール（イメージ）

- 都道府県が指定する地域密着型病院（仮称）において、**マッチングの前に募集定員の一部に限り、地域枠等限定選考を実施**

時 期	都道府県・協議会	地域密着型病院 （仮称）	他の臨床研修病院	研修希望者 （地域枠）	研修希望者 （地域枠以外）
3月		地域密着型病院 （仮称）申請			
4月	地域密着型病院 （仮称）指定				
5月		地域枠等限定 選考		（希望する場合は） 地域枠等限定応募	
6月		参加登録開始（～8月）			
9月		希望順位登録開始（～10月）			
10月		マッチング組み合わせ結果発表			
		仮契約			
～翌年3月		（募集定員に空きがあれば）二次募集 採用		（採用されていないならば）応募	
翌年4月		臨床研修開始			

臨床研修病院が研修医の募集及び採用を行う際の留意事項等について

(平成29年7月31日付医政医発0731第1号厚生労働省医政局医事課長通知)

地域医療への貢献等を目的とした医学部入学定員増等により、いわゆる地域枠の学生等が増加してくるため、基幹型臨床研修病院が研修医の募集及び採用を行う際、その地域医療への従事要件等に配慮することについては、「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日付け医政発第0612004号）において定めているところである。

本年3月23日に開催された医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、地域枠の学生に係る従事要件等への配慮について、より適正を図る観点から、臨床研修制度における地域枠医師への対応が議論（別紙）されたことを受け、医師臨床研修マッチング参加規約が改正されたところであり、臨床研修病院が研修医の募集及び採用を行う際の留意事項等について、下記のとおり取りまとめたので、貴局管内の臨床研修病院に対し周知願いたい。

記

- 1 臨床研修病院は、医師臨床研修マッチングの希望順位登録前に研修希望者の臨床研修期間中の地域医療への従事要件等（以下「従事要件等」という。）を必ず確認すること。
- 2 従事要件等が課されている研修希望者は、選考過程において臨床研修病院にその旨を申し出るものであること。
- 3 臨床研修病院は、研修希望者に従事要件等が課されている場合、当該従事要件等と研修プログラムに齟齬がないことを確認した上で医師臨床研修マッチングの希望順位登録を行うこと。
なお、当該従事要件等と研修プログラムに齟齬がある場合には、希望順位登録を行わないこと。
- 4 各都道府県は、従事要件等が課されている研修希望者の氏名、大学名及び従事要件等を記載したリストを作成し、厚生労働省を経由して、臨床研修病院に情報提供すること。
なお、臨床研修病院は、当該リストを研修希望者の従事要件等の確認のためにのみ使用するものとし、当該目的以外に使用し又は第三者に提供してはならない。
- 5 臨床研修病院は、研修希望者の従事要件等に関して、該当する都道府県に照会することができること。
なお、臨床研修病院は、当該照会により得た情報を研修希望者の従事要件等の確認のためにのみ使用するものとし、当該目的以外に使用し又は第三者に提供してはならない。
- 6 各都道府県は、従事要件等が課されている研修希望者について、採用先医療機関を調べた上で、従事要件等と研修プログラムに齟齬がないことを確認すること。

(参考)

○ 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～
(平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議)

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

今般の国民会議の議論を通じて、医療の在り方を地域ごとに考えていく必要性が改めて確認された。このため、本年6月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針」にも示されたとおり、地域ごとの実情に応じた医療提供体制を再構築することが求められる。

このような状況の下、医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。また、医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。

臨床研修病院の指定・定員設定に係る現行の規定

- 現行の医師法上、**臨床研修病院の指定は厚生労働大臣が行う**ことが法定されている。
- 現行の通知上、**都道府県は、管轄する地域における各病院の研修医の募集定員について、必要な調整を行うことができる**こととされている。

医師法(抄)

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。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により指定した病院が臨床研修を行うについて不相当であると認めるに至ったときは、その指定を取り消すことができる。

3 厚生労働大臣は、第一項の指定又は前項の指定の取消しをしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かななければならない。

4 (略)

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(抄)

第二 臨床研修省令の内容及び具体的な運用基準

22 地域における研修医の募集定員の調整

地域における臨床研修病院群の形成を促進し、地域医療を安定的に確保するため、都道府県は、管轄する地域における各病院の研修医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、以下の方法により必要な調整を行うことができること。

(以下略)

国及び地方公共団体の責務に係る現行の規定

- 現行の医療法上、**国及び地方公共団体は、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制**が確保されるよう努めなければならない、こととされている。

医療法(抄)

第一条の二 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。)において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

第一条の三 国及び地方公共団体は、前条に規定する理念に基づき、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されるよう努めなければならない。

臨床研修にかかる都道府県知事の権限について（臨床研修病院の指定）

- 都道府県が格差是正を進めていくために、国が一定の基準等を示した上で、地域医療対策協議会の意見を聴き、**臨床研修病院の指定を都道府県が行う仕組みを構築**すべき。



厚生労働大臣の権限
臨床研修病院の指定

<メリット>

- ・地域医療に責任を有する都道府県が深く関与
- ・地域の実態を把握している**都道府県によりきめ細かい対応が可能**
- ・**都道府県が目指す医療提供体制の構築が可能**

<デメリット>

- ・臨床研修の**質のバラつき**が出る、有力な医療機関の意向が強く反映、特定の医療機関等が優遇などのおそれがある

権限移譲

臨床研修病院の指定

医道審議会

意見

厚生労働省

周知



医療機関

申請

都道府県

地域医療対策協議会

（大学、医師会、公的病院、民間病院等）

意見



都道府県知事

指定



臨床研修病院

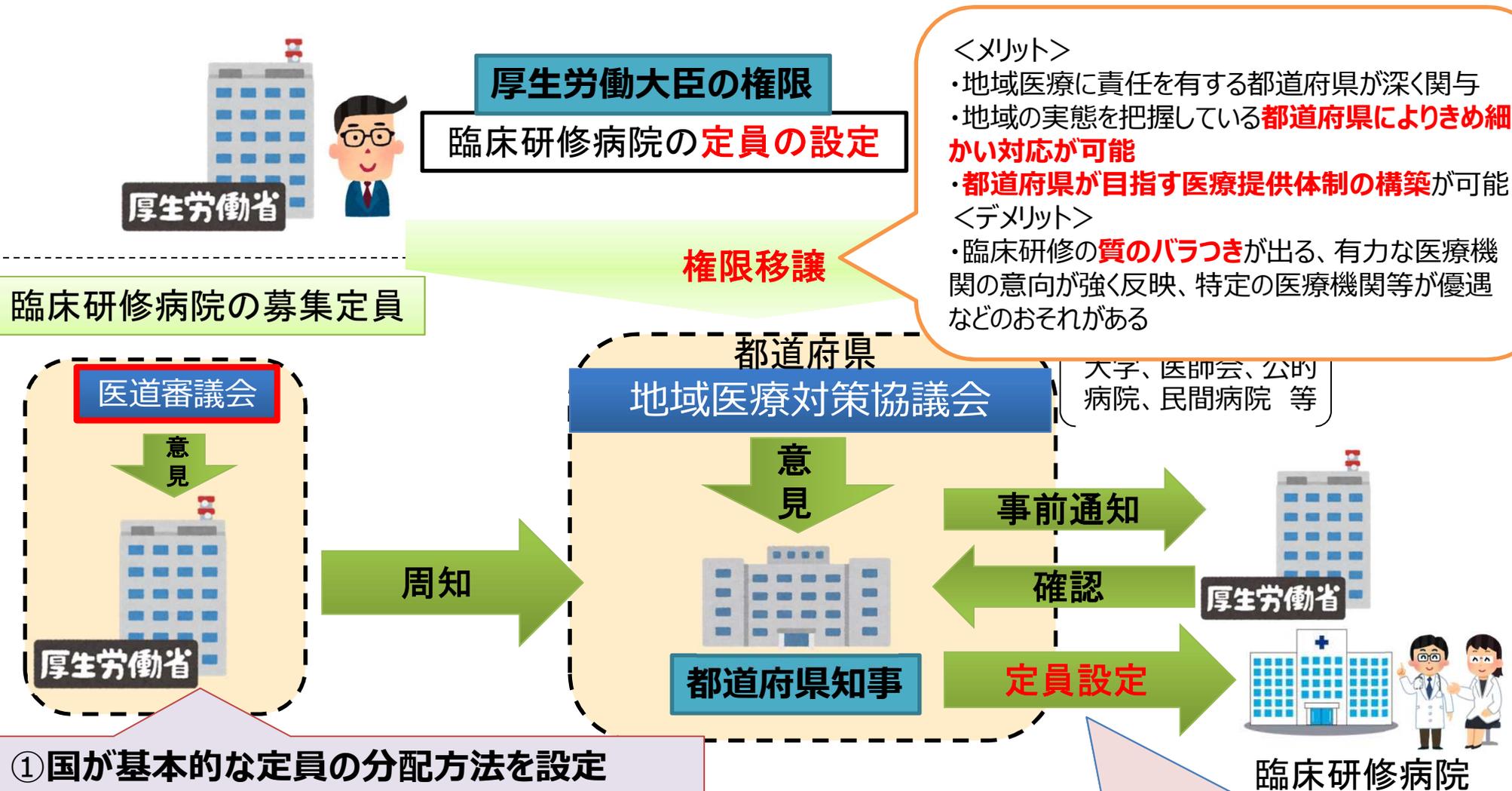
① 国が指定基準を定める

・年間入院患者数、指導医数、救急医療の提供、安全管理体制、患者の病歴に関する情報の適切な管理、患者からの相談に応じる体制 等

② 地域医療対策協議会の意見を反映

臨床研修にかかる都道府県知事の権限について（募集定員）

- 都道府県が格差是正を進めていくために、国が一定の基準等を示した上で、地域医療対策協議会の意見を聴き、**臨床研修病院の募集定員設定を都道府県が行う仕組みを構築**すべき。



- ① **国が基本的な定員の分配方法を設定**
 - ・都道府県ごとの定員（募集定員上限）
 - ・都道府県内の定員の基本的な考え方

- ② **地域医療対策協議会の意見を反映**

臨床研修病院の募集定員設定について

○ これまで、国が臨床研修病院ごとの定員を定めていたが、今後、国は都道府県ごとの定員を定め、都道府県が病院ごとの定員を定めることにより、地方の研修医が増加する等のメリットがある。

※ 都道府県が定員を定める際、あらかじめ厚生労働省に情報提供する仕組みを法定。

※ 公私にかかわらず地域医療への配慮がなされるよう、都道府県が定員を定める際は地対協の意見を聴くことを法定化。

都道府県間の定員調整

①募集定員倍率の圧縮

募集定員枠の全国的な圧縮(募集定員倍率の圧縮)

→定員充足している都市部の研修医数が減少

➔ **地域の定員数が増加**

募集定員倍率(実績と予定)

16年度 1.31倍

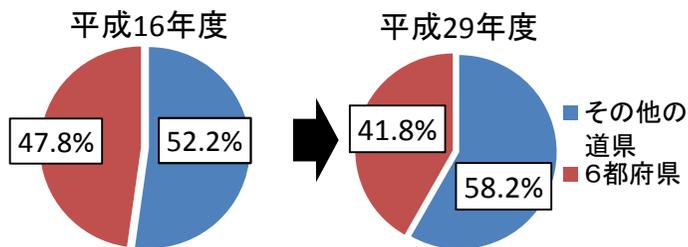


29年度 1.16倍



37年度 1.05倍

研修医の採用数の変化(実績)



※6都府県:東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県

②定員算定方法の変更

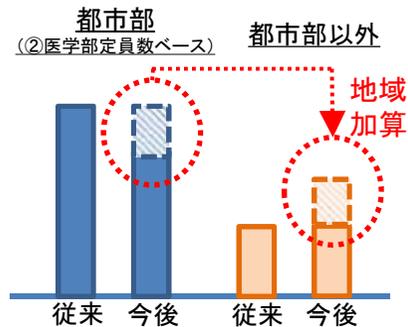
従来

①都道府県人口 又は ②医学部定員数 をベース
→②医学部定員数の多い都府県(東京等)が有利

今後

医学部定員数をベースとした臨床研修医定員を圧縮
→圧縮分を地域に加算

➔ **地域の定員数が増加**



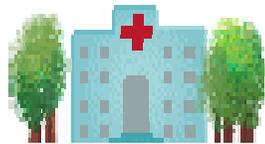
都道府県内の定員調整

国による募集定員の設定(現行)

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 20
マッチ者数 17



B病院 (地方部)
定員 2
マッチ者数 2

実情にあった
定員数の設定

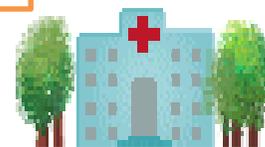
地域で働きたい医学生が
マッチできない

都道府県による募集定員の設定

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 17(↓)
マッチ者数 17



B病院(地方部)
定員 5(↑)
マッチ者数 4(↑)

地域の研修医が増加

5 その他

中断の現状

○臨床研修の中断とは、研修管理委員会から中断の勧告又は研修医から中断の申出を受け、管理者が中断を認める場合をいう。

○平成27年から平成29年(7月まで)中に、研修医の**1.2%**が研修の中断を経験している。

(平成18～21年度は平均1.3%)

	大学病院			臨床研修病院			合計		
	研修医 採用実績 A	中断者数 B	B/A	研修医 採用実績 A	中断者数 B	B/A	研修医 採用実績 A	中断者数 B	B/A
平成27年度	3,436	52	1.5%	4,808	76	1.6%	8,244	128	1.6%
平成28年度	3,495	51	1.5%	5,127	76	1.5%	8,622	127	1.5%
平成29年(7月 まで)	3,432	9	0.3%	5,057	30	0.6%	8,489	39	0.5%
計	10,363	112	1.1%	14,992	182	1.2%	25,355	294	1.2%

注1) 研修医採用実績は、各年度における4月現在の採用実績

注2) 中断者数は、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。)

中断の状況(18~21年度)

(参考)

○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%

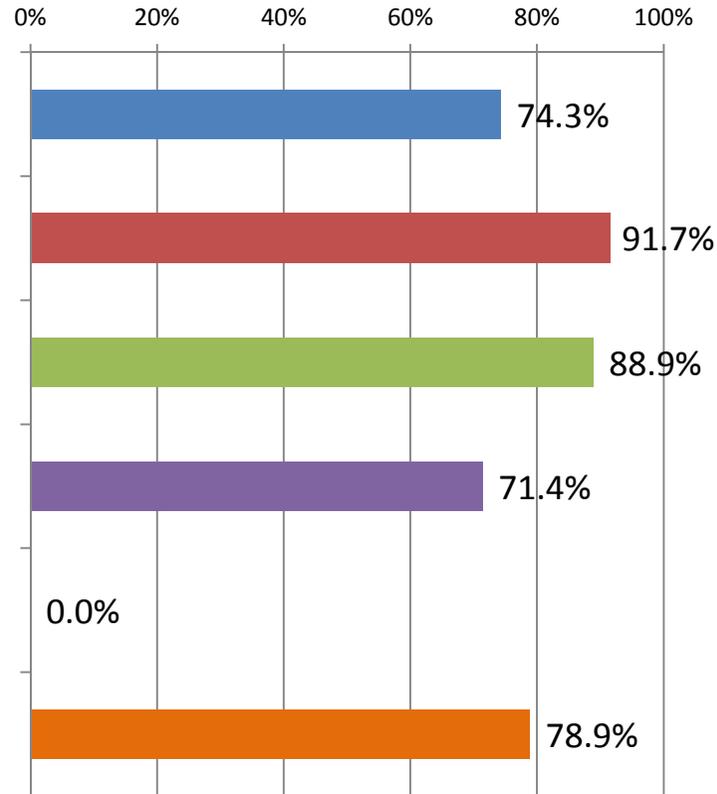
注1) 研修医受入実績は、各年度における4月現在の受入実績

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。)

中断者の再開状況(27～29年7月)

○中断した研修(平成27年～29年7月まで)は、**8割近くが再開**している。

○理由別では、「**研修内容の不满**」からの研修再開が最も高い割合だ、**他の理由でも高い割合を維持**し、多くが研修を再開している。



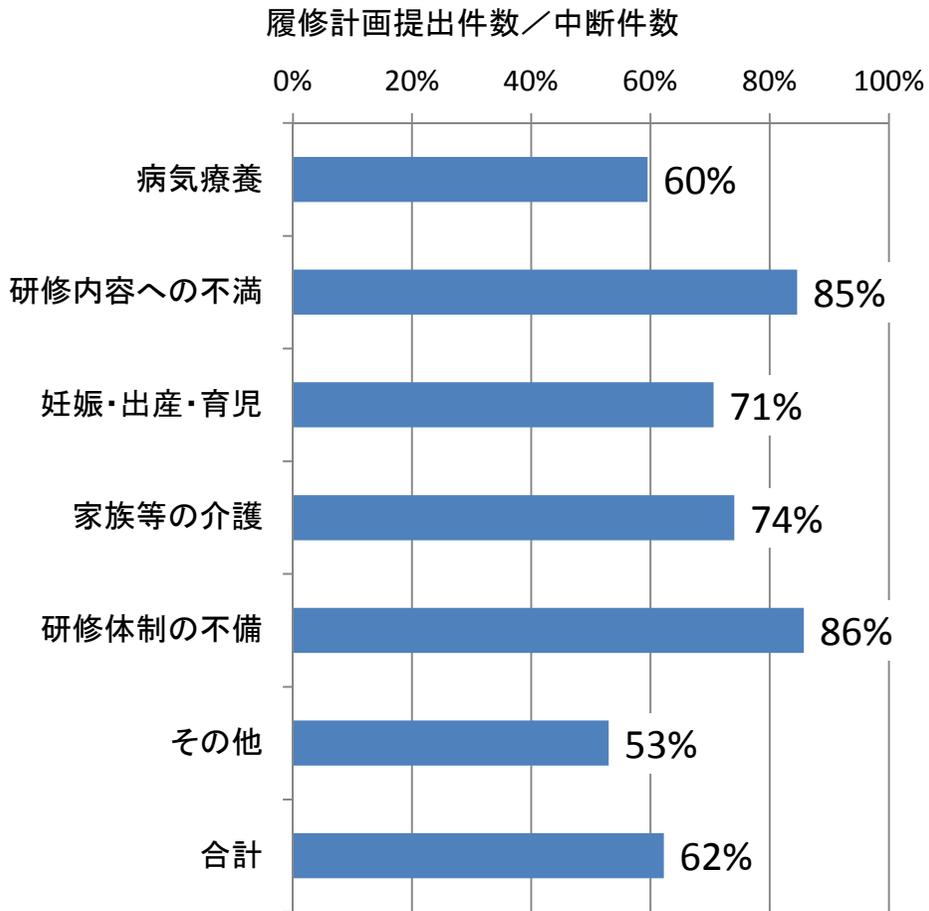
中断理由	中断件数	再開件数	割合
病気療養	109	81	74.3%
研修内容への不满	12	11	91.7%
妊娠・出産・育児	27	24	88.9%
家族等の介護	7	5	71.4%
研修体制の不備	1	0	0%
その他	142	112	78.9%
計	298	233	78.1%

※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。)

中断者の再開状況（18-21年度）

（参考）

○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	再開件数	再開率
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。）

臨床研修の未修了者の状況

- 臨床研修の修了基準として、「研修実施期間の評価」、「臨床研修の目標の達成度の評価」及び「臨床医としての適性の評価」の3つがある。
- 研修管理委員会は、各評価項目に基づき研修医の評価をし、管理者に対して研修医の評価を報告しなければならない。

研修修了年度	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27年度	3,291	40	1.2%	4,383	20	0.5%	7,674	60	0.8%
平成28年度	3,334	40	1.2%	4,458	23	0.5%	7,792	63	0.8%
計	6,625	80	1.2%	8,841	43	0.5%	15,466	123	0.8%

注1) 研修医受入実績は、研修開始年度における4月現在の受入実績

注2) 未修了者数は、地方厚生局に報告があった人数

臨床研修の修了基準について(18-21年度)(参考)

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	未修了者数	発生率	研修医 受入実績	未修了者数	発生率	研修医 受入実績	未修了者数	発生率
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。)

中断者に対する配慮について

※平成28年7月1日一部改正 平成15年6月12日医政発第0612004号厚生労働省医政局長通知抜粋

- 基幹型臨床研修病院の管理者は、責任をもって、受け入れた研修医についてあらかじめ定められた研修期間内に臨床研修が修了できるよう努めなければならない。また、臨床研修中断証を交付するような場合においても、管理者は当該研修医に対し、適切な進路指導を行うものであること。
- 臨床研修の中断の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は当該研修医及びプログラム責任者や他の研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を十分に把握するものであること。また、臨床研修を再開する場所(同一の病院で研修を再開予定か、病院を変更して研修を再開予定か。)について併せて検討すること。

※平成27年2月24日医政医発0224第1号厚生労働省医政局医事課長通知抜粋

- 臨床研修を再開する病院においては、臨床研修中断証の内容を考慮した臨床研修を行うこと。
- 各地方厚生局では、臨床研修を長期にわたり休止又は中止する場合の手続きに関する問い合わせや研修医からの相談を受け付け、適宜情報提供等を行っている。

臨床研修の修了基準について

1、研修期間の評価

- ・休止の理由: 傷病、妊娠、出産、育児、その他の正当な理由
- ・休止期間の上限: 2年を通じて90日以内

2、到達目標の達成度の評価

- ・到達目標: 行動目標、経験目標を達成すること
- 個々の到達目標については、医療安全を確保し、かつ、患者に不安を与えずに行うことができる場合に当該項目を達成。
- ・必修項目: すべての必修項目を達成すること

3、臨床医としての適性の評価※

- ・安心・安全な医療の提供ができない場合
(一般常識を逸脱する、就業規則を遵守できない場合、患者に被害を及ぼす恐れがある場合等)
- ・法令・規則が遵守できない場合

3要件全て達成

1要件でも不相当と認められた場合

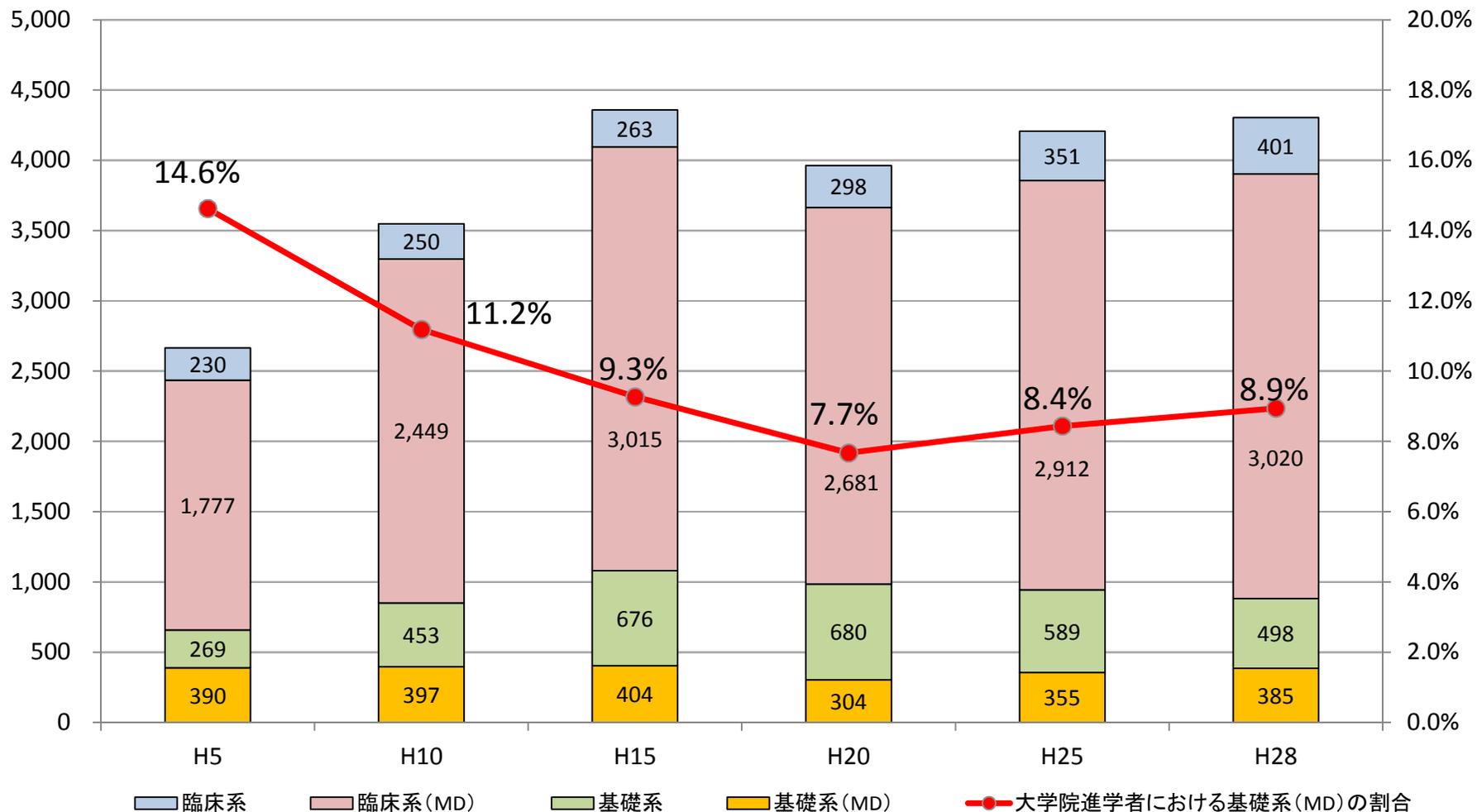
修了

未修了

基礎研究医養成に関する状況（H5～28年）

医学系大学院における基礎系（MD）の割合

・基礎系（MD）の割合は、増加基調にあるものの、ほぼ横ばいであり、その割合を高めることが必要



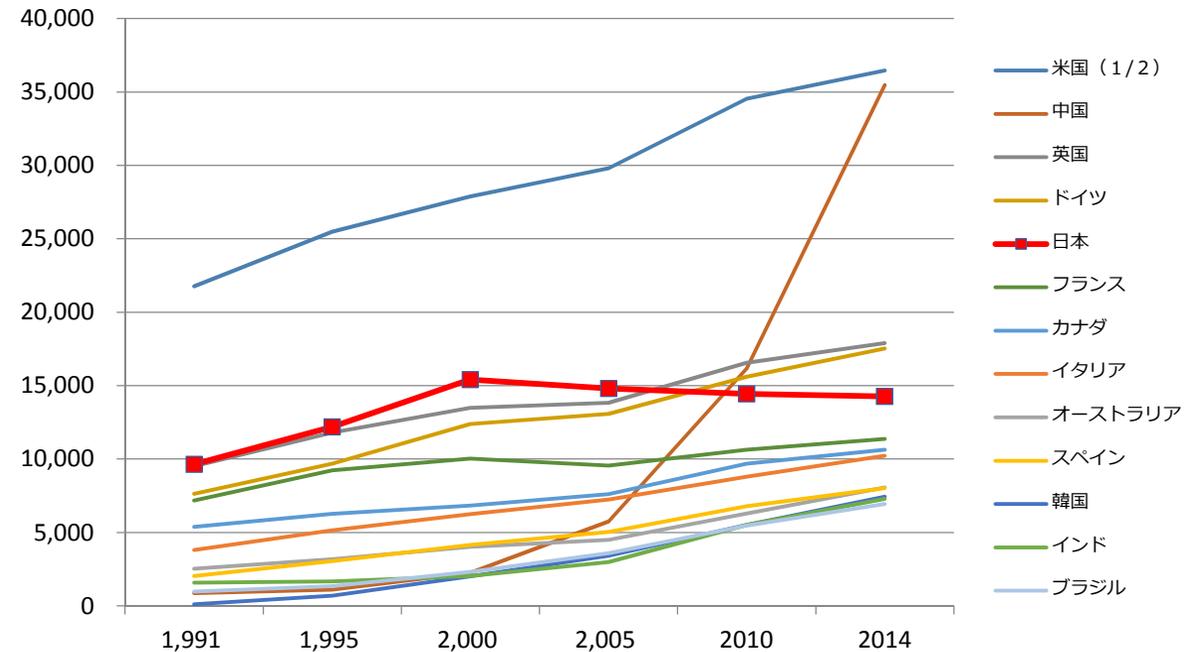
基礎医学論文数の推移

・基礎医学論文数は、中国が大幅に増加、インド、韓国、ブラジルが10年間で倍以上の伸びを示しているなか、日本は低調

【各国の基礎医学論文数増加率】

国名	2005	2014	増加率
中国	5,758	35,472	616%
インド	2,980	7,279	244%
韓国	3,427	7,433	217%
ブラジル	3,594	6,948	193%
オーストラリア	4,509	8,073	179%
スペイン	5,037	8,022	159%
イタリア	7,238	10,216	141%
カナダ	7,608	10,633	140%
ドイツ	13,082	17,529	134%
英国	13,841	17,894	129%
米国	59,597	72,923	122%
フランス	9,562	11,361	119%
日本	14,803	14,277	96%

【基礎医学論文数の推移】



(出典) トムソン ロイター Web of Scienceに基づくInCites 2016年6月抽出データにより、鈴鹿医療科学大学長 豊田長康氏作成

「医療分野研究開発推進計画」(抜粋) (平成26年7月22日健康・医療戦略推進本部決定)

・医療の研究開発を持続的に進めるためには、基礎研究を強化し、画期的なシーズが常に産み出されることが必要である。

「死因究明等推進計画」(抜粋) (平成26年6月13日閣議決定)

2 法医学に係る教育及び研究の拠点の整備

・死因究明等に係る分野を志す者を増加させることや、魅力あるキャリアパスの形成を促すことを含めて、引き続き、取組の継続・拡大に努めていく。

臨床研修修了後の医籍登録と 医師法等における規定との関係について

- 臨床研修を修了していない者が診療に従事した場合、医師法第16条の2第1項又は歯科医師法第16条の2第1項の規定に違反し、行政指導や戒告等の処分の対象になりうること。
- なお、この「診療」には、医療機関で医業を行う場合のほか、健診又は検診の場において医業を行う場合も含まれるものであること。
- 医療法第7条の規定により、医師法第16条の4第1項等の規定による登録を受けていない者が診療所を開設しようとするときは、開設地の都道府県知事等の許可を受けなければならないこと。
- 医療法第10条の規定により、医師法第16条の4第1項等の規定による登録を受けていない者は、病院又は診療所の管理者になることができないこと。

臨床研修を修了した者であることの確認等について(平成26年5月28日 医政発0528第2号)
(参考1)医師法等における規定との関係(1)～(3)

都道府県別の募集定員上限

臨床研修病院の募集定員については、**基礎医学に従事する予定の医師も含め設定**

①人口分布

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

②医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

多いほうの割合で按分
研修医総数を①と②の

+

③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km²当たり医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

都道府県別の基礎数

+

都道府県の調整枠
※

都道府県別の募集定員上限

※ 都道府県の調整枠は、全国の募集定員上限^{※1}と都道府県別基礎数の合計との差を各県の採用実績で按分

※1 全国の募集定員上限 = 研修希望者数 × 募集定員倍率^{※2} (H28 : 1.18倍)

※2 募集定員倍率は、平成32年度までに約1.1倍まで縮小

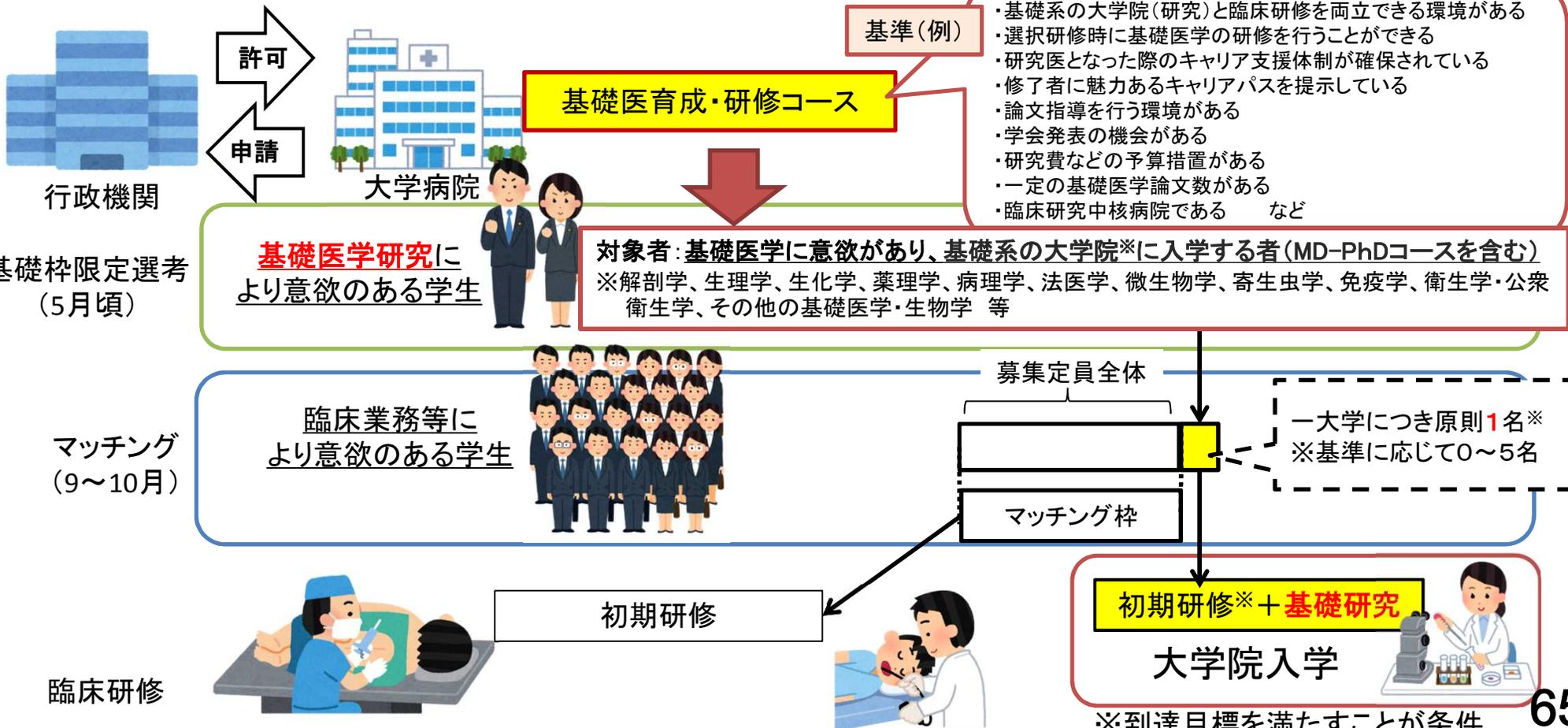
基礎医育成・研修コース(仮称)のイメージ

現状と課題

- 基礎医学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
- 基礎医学論文数は、国際的にみて日本は低調であり、**基礎研究分野の国際競争力は相対的に低下傾向**。
- 基礎医学研究を行う医師であっても、**診療(健康診断等を含む)を行う場合は、臨床研修を修了する義務**がある。
- 臨床研修病院の募集定員については、**基礎医学に従事する予定の医師も含め設定**されている。

対応案

- 基礎医学に従事する医師を対象に、臨床研修と基礎研究を両立するための**基礎医育成・研修コースの設置**
- 基礎医育成・研修コースの定員については、**一般のマッチング枠・募集定員とは別枠で設置**



見直しに向けてのスケジュール (予定)

平成28年度

ワーキンググループ
臨床研修部会

- ・ 到達目標のとりまとめ

平成29年度

ワーキンググループ
臨床研修部会

- ・ 到達目標と関連する方略・評価案の提示
- ・ 到達目標・方略・評価のとりまとめ
- ・ 制度見直しの報告書のとりまとめ

平成30年度

- ・ プログラムの見直し等

平成31年度

- ・ マッチング

平成32年度

制度見直し後の臨床研修の開始