

平成 25 年 2 月 13 日

厚生労働大臣 田村 憲久 殿

一般社団法人 日本医学教育学会
理事長 伴 信 太 郎

臨床研修の見直しに対する提言

日ごろよりわが国の医師育成に関し、ご尽力賜りますことに感謝を申し上げます。

さて、日本医学教育学会では、新臨床研修制度の発足以来、臨床研修に関して、医学教育を担う専門家集団として重大な関心を払ってまいり、前回の見直しの際にも提言をさせていただきました。

2004年の新臨床研修制度の発足は、卒後初期臨床研修を充実させ、ひいては質のよい医師を養成し、わが国の医療の質の向上に資するものであり、国民の期待にこたえる施策であると評価できます。しかし一方で、前回見直しでは、幅広い臨床研修の土台を崩しかねない制度変更も行われ、医療の質の低下に重大な影響をもたらしかねないと考えます。医学教育を主題として集まった学会であるわれわれとしては、卒後初期臨床研修の質の低下は、医師育成の過程で最も危惧することであり、きわめて大きな関心を抱いております。

当学会では、「臨床研修委員会」において、臨床研修制度の意義と、これまでの運用において明らかとなった様々な成果および問題点をについて、この領域に造詣の深いメンバーによる突っ込んだ議論を経て、理事会の総意として提言をまとめました。

つきましては、別添のとおり提言いたしますので、特段のご理解を賜りますとともに、国民のための医療の充実のために貴省の積極的なご支援をお願い申し上げます次第です。

1. 基本理念と到達目標について

(1) 基本理念

○ 「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（平成15年 6 月 12 日厚生労働省医政局長通知（以下、「施行通知」という。))において、臨床研修については、「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることのできるものでなければならないこと」とされている。

<論点>

- ・社会情勢や関係者の評価等を踏まえ、現在の臨床研修制度の基本理念について、どう考えるか。

【提言 1】

- ・現在の臨床研修制度の基本理念は堅持されるべきである。
- ・「・・・、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・・・」を、「・・・、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するための基本的な診療能力（態度・技能・知識）を・・・」と修正すべきである。

【論拠】

本制度が導入された社会的背景、超高齢社会においては、「全人的な医療を遂行するために、すべての医師が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するための基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けている必要がある」という情勢には変化がないどころか、一層求められているからである。

一方で、「プライマリ・ケア」という用語については、世界の先進諸国では一つの専門領域として認識されており、2年間の臨床研修終了をもってプライマ

リ・ケアにおける十分な診療能力が身につくという誤解を招く可能性があるの
で、この用語の使用は避けることが望ましい。

(2) 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」（施行通知別添1）を参考にして、臨床研修病院が当該研修プログラムにおいて研修医の到達すべき目標として作成するものであり、「臨床研修の到達目標」を達成できる内容であることとされている。
- 「臨床研修の到達目標」は、I 行動目標（医療人として必要な基本姿勢・態度）、II 経験目標（A 経験すべき診察法・検査・手技、B 経験すべき症状・病態・疾患 C 特定の医療現場の経験）により構成されている。

<論点>

(到達目標の内容)

- ・ 基本理念や社会情勢、関係者の評価等を踏まえ、現在の「行動目標」及び「経験目標」について、どう考えるか。
- ・ 「経験目標」における「経験すべき疾患・病態」の種別について、どう考えるか。

(評価手法)

- ・ 到達目標の達成に係る評価の在り方について、どう考えるか。
- ・ 「行動目標」と「経験目標」については、評価方法に関する何らかの目安を設定することについて、どう考えるか。
- ・ 主として臨床研修病院における EPOC の今後の普及に向け、どのような取組が必要か。

(到達目標の内容)

【提言2】

- ・ 現在の到達目標の骨子は堅持されるべきである。

【論拠】

将来の専攻に拘らず、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適

切に対応できる能力を修得するには、現在の到達目標は必要である。

(評価手法)

【提言 3】

- ・ コメディカルなど、多職種からの評価を取入れることも検討すべきである。
- ・ ポートフォリオやログブックの導入などにより、特に態度・技能領域の評価を充実させるべきである。
- ・ 行動目標に関しては、客観的な評価の導入が検討されるべきである。

【論拠】

現在は各研修病院の責任で修了認定がなされているが、全く定まった基準がないのが現状である。研修病院が社会的に説明責任を果たすためにも、病院ごとに研修修了時 OSCE を行うなど、現実性のある客観的な評価システムの導入が検討されるべきである。

その一方で、到達目標への達成度を計るという評価の妥当性の考え方から、日頃の研修医の実際のパフォーマンスを適切に評価する方法（国際的に推奨されているポートフォリオなど）の普及も図っていく必要がある。

(3) 臨床研修全体の研修期間

- 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。

【提言 4】

- ・ 当面は堅持されるべきである。

【論拠】

到達目標の達成には2年間が必要である。

2. 基幹型病院の指定基準について

(1) 研修プログラム

● 研修診療科

- 平成22年度開始プログラムより、研修科目の構成要件が変更され、従来、内科、外科、救急部門（麻酔科を含む。）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の7診療科が必修であったところ、内科、救急部門、地域医療の3診療科が必修、選択必修の外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科の5診療科のうち2診療科を履修することがプログラム要件となった。

<論点>

- ・ 現行の必修、選択必修とする診療科について、どう考えるか。

【提言5】

- ・ 目標の達成に必要な診療科で研修すべきである。そのためには、少なくとも現在以上に緩和・弾力化することには反対である。
- ・ 外科と小児科は再び必修化すべきではないか。

【論拠】

本来の目的は到達目標の達成である。それが可能ならば、研修病院毎に研修科が違っていても良いと考える。しかしながら、現在の修了認定（到達度評価）の状況を見ると、一定の外形的規定が必要である。

研修目標に照らして考えると、外科と小児科は受け入れ態勢が整備されているなら必修科とするのが望ましい。

● 各診療科の研修期間

- 平成22年度開始プログラムより、要件が弾力化され、内科6月以上、救急部門3月以上、地域医療1月以上履修することが定められた。

<論点>

- ・ 現行の必修診療科についての研修期間(特に、在宅医療を含めた地域医療研修)について、どう考えるか。
- ・ プログラムの柔軟性(選択診療科の研修期間)について、どう考えるか。
- ・ 病院群での研修期間(原則として、基幹型臨床研修病院は8月以上、臨床研修協力施設は3月以内)について、どう考えるか。

【提言6】

- ・ 現行の内科6ヶ月以上、救急部門3ヶ月以上、地域医療1ヶ月以上は最低限必要である。
- ・ 基幹型研修病院では12ヶ月以上の研修が望ましい。

【論拠】

これ以上の緩和は目標達成を困難にするだけである。

2年間の全期間の研修の質を管理する立場である基幹型研修病院の研修期間は、できる限り1年以上とすることが望ましい。

(2) 必要な症例

- 臨床研修を行うために必要な症例を確保するため、基幹型臨床研修病院の指定基準として、平成22年度研修より年間入院患者数を3,000人以上とする基準が設けられた。
- 平成22年度の制度改正以前からの指定病院については、平成23年度末までの間、いわゆる激変緩和措置として、3,000人未満であっても指定が継続されていた。平成24年度からは、従来の指定病院については、年間入院患者数3,000人未満であっても、個別の訪問調査の結果、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得することができると認められる場合には、指定が継続されることとなった。
- 各診療科での研修に必要な症例については、当該病院と協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の症例と合わせて、例えば、救急部門を研修する病院にあっては救急患者の取扱件数が年間5,000件以上、内科、外科、

小児科、産婦人科及び精神科については、年間入院患者数 100人（外科にあつては研修医 1 人あたり 50 人以上）、産婦人科を研修する病院の分娩数については年間 350 件又は研修医 1 人あたり 10 件以上が望ましいこととされている。

<論点>

(年間入院患者数)

- ・ 臨床研修の「到達目標」を達成するための必要な症例の確保に向け、引き続き「3,000人以上」の基準に設けることについて、どう考えるか。
- ・ 一定の症例数を確保するには大病院が望ましいという意見がある一方、中小病院のほうが地域医療に密接に関わる中で基本的診療能力を身につけることに秀でているという意見があることを踏まえ、どう考えるか。
- ・ 訪問調査については、3,000 人未満の病院だけではなく、3,000 人以上の病院に対しても実施することについて、どう考えるか。

(その他の症例数)

- ・ 現在の診療科ごとの必要症例数の取扱いについて、どう考えるか。

(年間入院患者数)

【提言 7】

- ・ 入院患者数を研修病院としての基準とするのは妥当性を欠くと思われる。
- ・ 入院患者数に拘らず、本来すべての研修病院が訪問調査を受けるのが望ましい。

【論拠】

一定の症例数を確保するには大病院が望ましいという意見がある一方、中小病院のほうが地域医療に密接に関わる中で基本的診療能力を身につけることに秀でているという意見がある（論点骨子より）。研修医一人当たりの患者数が確保できるかぎり、入院患者数を研修病院としての基準とするのは妥当でないと考える。

また、必要症例数が確保されているのは研修病院としての必要条件であるが決して十分条件ではないので、すべての研修病院が訪問調査による評価を受けるのが望ましい。

（その他の症例数）

【提言 8】

- ・ 診療科ごとの症例数は参考基準として取り扱えば良い。

【論拠】

診療科ごとの症例数と到達目標達成度との相関に関する根拠がない。

（3） 指導・管理体制

- 現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、研修管理委員会を設置していること、プログラム責任者を適切に配置していること、適切な指導体制を有していること（研修医 5 人に対して指導医が 1 人以上）が定められている。
- 内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の診療科は必置とされている。

< 論点 >

- ・ 現在の指導・管理体制に係る指定基準について、どう考えるか。
- ・ 研修管理委員会の在り方について、どう考えるか。
- ・ 現行の診療科に加えて、必修（病院独自に必修としているものを含む。）又は選択必修になっている診療科についても、指導医を必置とすることについて、どう考えるか。

【提言 9】

- ・ 研修管理委員会やプログラム責任者の存在は不可欠である。
- ・ プログラム責任者にはプログラム責任者講習会を義務付けるべきである。
- ・ 研修医がローテートするすべての科に指導医を配置すべきである。

【論拠】

提言通りである。

(4) 募集定員の設定

● 募集定員の設定方法

- 現在、全国研修医総数を、「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方に、「③地理的条件を勘案した数」を加えた数を都道府県別の募集定員の上限として設定している。
- 各都道府県では、上記上限の範囲内で、各病院の定員を調整することが可能。
- 平成 25 年度末までの激変緩和措置として、都道府県の募集定員の上限は、前年度の受入実績の 90%を下回らないようにしている。
- また、各病院の募集定員については、過去 3 年間の研修医の受入実績の最大値に医師派遣等の実績を勘案した上で、都道府県の上限との調整を行い設定している。
- 平成 25 年度末までの激変緩和措置として、それぞれの病院の募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにしている。
- 募集定員が 20 人以上の病院は、小児科・産科のプログラム（募集定員各 2 人以上）を設けることとされている。

<論点>

(各都道府県の募集定員)

- ・ 地域医療への影響も踏まえ、現行の各都道府県の募集定員の上限設定について、例えば、新たに、人口当たりの医師数や高齢者割合などを加味することについて、どう考えるか。
- ・ 激変緩和措置（平成 25 年度末まで、募集定員の上限は前年度の受入実績の90%を下回らないようにする）について、どう考えるか。

(各研修病院の募集定員)

- ・ 現行の臨床研修病院の募集定員の算定について、例えば、医師派遣加算について派遣先が医師不足地域である場合などを加味することについて、どう考えるか。
- ・ 激変緩和措置（平成 25 年度末まで、募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする措置）について、どう考えるか。
- ・ 産科・小児科特例プログラム加算について、どう考えるか。

(各都道府県の募集定員)

【提言 10】

- ・ 都道府県別の医学部入学定員数で按分するのは廃止すべきである。
- ・ 都道府県別の人口で案分する場合、全国の研修医総数ではなく、マッチング応募者総数を按分すべきである。
- ・ 人口あたりの医師数、高齢者割合を加味することを支持する。
- ・ 激変緩和措置は、もうしばらく継続させても良いのではないか。

【論拠】

都道府県別の医学部入学定員数で按分する根拠がない。地域格差是正に寄与しないどころか、理不尽な格差を生じさせる。

都道府県別の人口で案分する場合、「全国の研修医総数」を案分するのは不適切である。何となれば、卒業試験や国家試験の結果、マッチング応募者の8割程度が採用されるのであるから、募集定員の算定には不適切である。

そもそもこの募集定員設定の理由に即せば、人口あたりの医師数、高齢者割合を加味することは合理的である。

徐々に設定された定員に近づくので、急激な変化を生じさせる必要はないと考える。

(各研修病院の募集定員)

【提言 11】

- ・ 医師派遣加算は医師不足地域への派遣に限定すべきである。
- ・ 激変緩和措置は、もうしばらく継続させても良いのではないか。
- ・ 募集定員が 20 名以上の研修病院に小児科・産科のプログラム（募集定員各 2 人以上）を設ける義務づけは廃止すべきである。

【論拠】

この加算が設定された理由から考えて、医師派遣加算は医師不足地域への派遣に限定すべきである。

徐々に設定された定員に近づくので、急激な変化を生じさせる必要はないと考える。

小児科・産科プログラム設定による効果が不確かであり、希望者も少ない。

● **地域枠への対応**

- 地域の医師確保のため、各大学において、地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学者選抜枠（いわゆる地域枠）が設けられている。平成 23 年度には、67 大学において計 1,292 名分の地域枠が設定されている。
- なお、「地域枠」には、卒業後の勤務条件は特に定められていないものや、臨床研修を、指定された特定の医療機関、または自分の選択する都道府県内の医療機関などで実施することが条件づけられているもの、卒後の勤務条件がないものなど様々な形態がある。
- 現在、募集定員の設定においては、地域枠学生に対する特別な配慮は行っていない。

(定員の内数として参入)

- 他県に係る地域枠であっても、当該大学の所在都道府県の募集定員に反映されている。
- 地域枠の学生も、地域枠以外の学生（一般枠の学生）と同様に、マッチン

グに参加して臨床研修を行う病院を決定している。(現在、自治医科大学と防衛医科大学校は、マッチングに参加せず、個別に調整を行っている。)

< 論点 >

(地域枠と都道府県の募集定員について)

- ・ 都道府県の募集定員には、地域枠も含まれていることについて、どう考えるか。
- ・ 他県に係る地域枠であっても、当該大学の所在都道府県の募集定員に反映していることについて、どう考えるか。

(地域枠とマッチングについて)

- ・ 地域枠の学生とマッチングとの関係について、どう考えるか。

(地域枠と都道府県の募集定員について)

【提言 12】

- ・ 地域枠学生に対して、臨床研修制度上の配慮は不要である。
- ・ 他県に係る地域枠学生分は研修する都道府県の定員に参入すべきである。

【論拠】

そもそも、都道府県別研修医募集定員の考え方に地域枠入学を関連付ける理由はない。各県内で対応すべき問題である。

他県に係る地域枠を、当該大学の所在都道府県の募集定員に反映させるのは明らかにおかしい。

(地域枠とマッチングについて)

【提言 13】

- ・ 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すべきである。

【論拠】

都道府県ごとに制度が異なり、さらに同一都道府県内にいくつもの奨学制度を持つ場合がある。すべてを同様に特別扱いするのは不適切である。

(5) 研修医の処遇等の確保

- 現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、研修医に対する適切な処遇を確保していることが定められている。

<論点>

(給与・手当)

- ・ 研修医の給与・手当の状況について、どう考えるか。

(労働環境)

- ・ 研修医の労働時間の状況（当直回数や当直明けの連続勤務等を含む。）について、どう考えるか。

(給与・手当)

【提言 14】

- ・ 一定の上限を設定すべきである。

【論拠】

一般常識を逸脱する処遇は社会の理解が得られないし、制度の倫理的危機を招き得るので。

(労働環境)

【提言 15】

- ・ 当直回数や当直明けの連続勤務等の労働環境は、労働基準法に則って整備すべきである。
- ・ 一方で、自主的に診療録を取りまとめたり、自己研鑽のために文献を検索するなどには労働時間と見なさないなど、柔軟な対応が望まれる。

【論拠】

研修医といえども労働者である。医療安全の観点からも過重労働を避けるべきである。

しかしながら、自主的に病院で診療録を取りまとめたり文献を検索したりするなどには労働とは見なすべきでない。一般会社の研修であっても、自宅等での

自主的な勉強を労働とは見なさないはずである。医療の場合、現場であればこそできる自主的研修もあるし、そもそも大量の文献や分厚い教科書を個人所有することは研修医ならずともないはずである。

(6) その他

【臨床研修病院群の形成】

- 現在、研修病院の指定基準として、基幹型臨床研修病院は、協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設又は大学病院と連携して臨床研修を行うこととされている。
- また、臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で密接な連携体制を確保していることとされ、地域医療のシステム化を図り、臨床研修病院群における緊密な連携を保つため、臨床研修病院群の構成は、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることが望ましいこととされている。

<論点>

- ・ 臨床研修病院群の在り方について、どう考えるか。
- ・ 大学病院を含めた臨床研修病院群の形成を指定の要件にすることについて、どう考えるか。
- ・ 臨床研修病院群の形成における地理的範囲（二次医療圏、都道府県等）について、どう考えるか。
- ・ 臨床研修病院群を形成する各病院の規模について、どう考えるか。

【提言 16】

- ・ 臨床研修病院群の形成自体は望ましい。
- ・ 基本的には、できるだけ同一か近接した医療圏で形成されることが望ましいが、遠隔地の病院との連携もあり得る。
- ・ 大学病院を含めた臨床研修病院群の形成を指定の必須要件にはしない。
- ・ 臨床研修病院群を形成する各病院の規模の規定を設ける必要はない。

【論拠】

機能分化が進む病院にあっては、それぞれを補完する病院群の形成は研修医

の経験を豊かなものにする。地域医療の観点から、医療連携がなされているような同一ないしは近接する医療圏内で形成されるのが望ましいが、多様な研修体験を提供するために、研修効果が高いプログラムであれば遠隔地との病院群の形成もあり得るだろう。

大学病院での研修を経験することは望ましいとの意見はあるが、研修病院が大学病院から遠方であったり、人事交流がない場合などは非現実的な要件となってしまう。

上述したように、相互補完的な病院群が形成されるのであるから、各病院の規模の規定を設ける必要はない。

【第三者評価】

- 現在、研修病院の指定基準として、将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこととされている。

< 論点 >

- ・ 第三者による評価の在り方について、どう考えるか。

【提言 17】

- ・ 多職種や非医療者（市民代表）が評価することを検討すべきである。
- ・ 第三者評価は外形的評価、プロセス評価のみならず、研修医の診療能力というアウトカム評価もなされるべきである。

【論拠】

多職種や非医療者（市民代表）から評価を受ける仕組みを各研修病院は検討すべきである。

現在行われている評価は外形的評価とプロセス評価が中心であるが、研修終了時点での研修医の診療能力を評価する仕組みを模索すべきである。

【都道府県の役割】

- 現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、地域医療の確保のための協

議や施策の実施に参加するよう都道府県から求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとされている。

- 地域における臨床研修病院群の形成を促進するため、都道府県は、管轄する地域における各病院の募集定員について、各病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して必要な調整を行うことができるとされている。

< 論点 >

- ・ 臨床研修制度における都道府県の役割について、どう考えるか。

【提言 18】

- ・ 都道府県は臨床研修制度において役割を果たすべきである。

【論拠】

地域医療において果たす役割と同等の役割を都道府県は果たすべきである。

【制度運用上の問題】

- 受入実績が2年ないことにより指定を取り消された病院が、翌年すぐに再申請が可能。
- 指導医講習会は翌年度の受講予定の段階で申請が可能。

< 論点 >

(基幹型臨床研修病院の指摘にかかる再申請)

- ・ 研修医の受入実績が2年間なかったことにより、取消になった病院の再申請の在り方について、どう考えるか。
- ・ 協力型臨床研修病院において、研修医の受入実績がない場合の指定の取扱いについて、どう考えるか。

(指導医講習会)

- ・ 指導医講習会の受講と指定申請の時期との関係について、どう考える

(基幹型臨床研修病院の指定にかかる再申請)

【提言 19】

- ・ 受入実績が2年ないことにより指定を取り消された病院が、翌年すぐに再申請が可能であることを継続すべきである。

【論拠】

そもそも、研修医の受入れ実績が2年間なかった理由によってのみ取消にすべきではない。

(指導医講習会)

【提言 20】

- ・ 指導医研修会の受講後に指定申請すべきである。

【論拠】

提言通りである。

3. 中断及び再開、修了について

- 臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を中止することであり、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としたものである。
- 臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、管理者が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としたものである。

<論点>

- ・ 研修の中断者のうち「病気療養」が約半数を占め、かつ研修の再開割合が低い傾向があることについて、どう考えるか。
- ・ 研修医に対するメンタルヘルスの面からのケアの必要性について、どう考えるか。
- ・ 研修中の妊娠出産等への対応やまた障害を有する研修医への対応について、何らかの具体的な方策を考える必要があるか。

【提言 21】

- ・ メンタルケア体制の有無を指定要件に加えることが望ましい。
- ・ 研修中の妊娠出産等への対応やまた障害を有する研修医への対応について、彼らが研修を継続できるような具体的対策を検討すべきである。

【論拠】

研修の中断者のうち「病気療養」が約半数を占め、かつ研修の再開割合が低い傾向があるのは、本人の資質もさることながら、研修体制や環境、及びメンタルケア体制の存否によると思われる。

女性医師の妊娠出産等への対応はどの病院でもなされているが、極めてストレスの高い研修期間においては（産休や育休期間などにおいて）特別な配慮が求められる。また、障害を有する研修医への対応については、障害によっては

手術勤務や救急医療勤務が困難な場合がある。このものたちも、医師としての人格や能力を有すると判断される場合は、修了できるような配慮が必要である。

4. その他

(1) 地域医療の安定的確保

- 地域医療の安定的確保に向け、平成22年度の臨床研修から、
 - ・ 都道府県ごとに、人口、医師養成数、面積当たりの医師数などの地理的条件を勘案した募集定員の上限を設ける
 - ・ 地域医療の研修を必修とし、へき地・離島診療所、中小病院等における研修を一定の期間以上行うこととする
 - ・ 臨床研修病院の募集定員について、指導医等の医師を派遣している場合には、その派遣実績を踏まえて定員を加算するなどの制度の見直しを図っている。
- また、地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成の促進を図ることとしている。

<論点>

- ・ 地域医療の安定的確保に向けた臨床研修における取組について、どう考えるか。

【提言 22】

- ・ 原則として、研修に適した環境を医師不足地域の病院が備えることを支援することで、結果として研修医の地域間偏在が是正されるのが望ましい。
- ・ 医師不足地域の病院と研修病院群を形成することを通じて、研修医に医師不足地域の医療を体験させることも有効と思われる。

【論拠】

臨床研修制度が医師の地域間偏在の是正のために用いられるのは、本来の研修制度の趣旨から妥当ではないが、需給関係のバランスを著しく欠くような需要過多状態の適正化は進めるべきであろう。そうでなければ個々の研修病院の努力による研修環境の改善が採用増の結果に結びつかず、研修病院や指導医の研修への取組意欲を損なうからである。ただし、政策的に研修医を強制配置しても、2年間の研修期間終了後に強制配置された研修医が元来希

望していた地域、病院への大移動が起こることを考慮すべきであろう。

(2) 研究医養成との関係

- 近年、特に基礎系を中心に大学院に進む医学生の割合が減少しており、将来の基礎系の教員確保や医学研究の推進を懸念する声がある。
- 大学の医学部定員について、平成 22 年度から 25 年度の増員の枠組みとして、「研究医枠」が設けられている。
- 一部の大学では、臨床研修期間中に、大学院における研究も並行して行うなど、研究者の養成に取り組んでいる。

< 論点 >

- ・ 臨床研修期間中の大学院における研究について、どう考えるか。

【提言 23】

- ・ 臨床研修期間中の大学院における研究は原則として認めるべきではない。

【論拠】

そもそもこの医師臨床研修制度は「研修医が臨床研修に専念する」ことが目的のひとつで発足した。研修時間外の研究であっても、研修に専念できなくなり、結果的に医療安全上の危険性が増大するなど、副作用が大きい。

研究医の育成については、MD-PhD コースの拡充や、研究生活後の臨床研修の開始を容易かつスムーズにするなどの支援体制の構築で対応すべきである。

(3) 関連する医学教育

- 医学教育に関しては、文部科学省において、平成 12 年度に学生が卒業までに最低限履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 年度の改定を経て、全ての大学において利用されている。
- 平成 17 年度より、学生が臨床実習開始前に備えるべき能力を測定する共通の標準的評価試験である共用試験（CBT（知識）、OSCE（技能））が全面導入さ

れ、全大学において実施されている。

- 現状では、大部分の大学において、臨床実習は5年次から6年次の夏頃まで実施されているものの、実施期間には大きな幅があり、その内容も様々であるが、医学生が診療にチームの一員として参加していく実習を推進するなど、質・量ともに改善していく動きがある。
- 臨床研修修了後の医師の専門教育については、各学会において主体的に取り組まれている。平成23年10月より、厚生労働省において、「専門医の在り方に関する検討会」が開催され、臨床研修修了後の医師の専門研修の在り方と地域医療の安定的確保について議論されている。

< 論点 >

- ・ 卒前教育、臨床研修、専門研修の連続性の観点から、
—卒前教育の在り方について、どう考えるか。
- 専門医の養成の在り方について、どう考えるか。

【提言 24】

- ・ 参加型臨床実習の拡充など、卒前臨床教育の充実をいっそう進めるべきである。
- ・ 専門医制度のあり方は、初期臨床研修制度の理念が尊重されるべきである。

【論拠】

シームレスな医学教育が求められるのは論を待たないが、卒前臨床教育の現状では卒後研修との重複を議論する段階にないと思われる。

専門医制度のあり方は、初期臨床研修制度の理念が尊重されるべきである