

第1回 臨床研修制度のあり方等に関する検討会

日時：平成20年9月8日（月）16:00～17:00

場所：文部科学省 3階 3F1 特別会議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

臨床研修制度のあり方等について

3. 閉会

【配付資料】

資料1：開催要綱

資料2：「安心と希望の医療確保ビジョン」（抜粋）

資料3：社会保障の機能強化のための緊急対策 ～5つの安心プラン～（抜粋）

資料4：「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間取りまとめ（案）
（抜粋）

資料5：「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会での主な議論（抜粋）

資料6：事務局提出資料（臨床研修制度関係）

資料7：事務局提出資料（大学医学部・附属病院関係）

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

臨床研修制度のあり方等に関する検討会 開催要綱

1. 趣旨

より質の高い医師を養成する観点から、臨床研修制度及び関連する諸制度等のあり方について、有識者により検討を行う。

2. 構成員

検討会の構成員は、別紙に掲げる有識者とする。ただし、必要に応じ、関係者の出席を求めることができる。

3. 運営

本検討会の庶務は、文部科学省高等教育局医学教育課及び厚生労働省医政局医事課で行う。

議事は公開とする。

(別紙)

飯沼 雅朗	蒲郡深志病院長 社団法人日本医師会常任理事
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
小川 彰	岩手医科大学学長
小川 秀興	学校法人順天堂理事長
嘉山 孝正	山形大学医学部長
齊藤 英彦	名古屋セントラル病院長
高久 史磨	自治医科大学学長
辻本 好子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
永井 雅巳	徳島県立中央病院長
西澤 寛俊	特別医療法人恵和会西岡病院理事長
能勢 隆之	鳥取大学学長
福井 次矢	聖路加国際病院長
武藤 徹一郎	財団法人癌研究会理事 名誉院長
矢崎 義雄	独立行政法人国立病院機構理事長
吉村 博邦	学校法人北里研究所理事 社団法人地域医療振興協会顧問

安心と希望の医療確保ビジョン（平成20年6月）
～抜粋～

Ⅱ．具体的な政策

1．医療従事者等の数と役割

（1）医師数の増加

（略）

エ．臨床研修制度の見直し

平成16年に必修化された現在の臨床研修制度については、これまでの実施状況を踏まえ、医師不足問題がより深刻な診療科や地域医療への貢献を行う臨床研修病院等を積極的に評価するとともに卒前教育や専門医制度との連携を深める。また、臨床研修病院等における研修の見直しなどを行いつつ、研修医の受入れ数の適正化を図る。

社会保障の機能強化のための緊急対策
～5つの安心プラン～（平成20年7月）
～抜粋～

2 健康に心配があれば、誰もが医療を受けられる社会

②臨床研修病院の機能強化、病院・診療所のネットワーク化等医師不足に対して講ずべき対策

（略）

〔臨床研修制度の見直し〕《厚生労働省》

- 研修医の受入数の適正化を図るための臨床研修病院の指定基準の改正、医師不足が深刻な地域や産科・小児科・救急医療などへの貢献等を行う臨床研修病院等の積極的な評価等

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会

中間とりまとめ（案）（平成 20 年 8 月）

～抜粋～

2 医師の偏在と教育

現下の医師不足問題は、診療科の偏在と地域の偏在という「2つの偏在」によって深刻さを増している。国民が地域において確実に必要な医療が受けられるようにするためには、医師の数を増やすだけでなく、こうした偏在の問題に的確に取り組む必要がある。

（略）

- また、2つの偏在の問題に対応し、また、医療の質を高めていくため、患者の声も聞きながら、初期臨床研修制度や専門医トレーニング（後期研修制度）のあり方を見直すべきである。
- より質の高い医師を効果的に養成する観点から、医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について、文部科学省と厚生労働省との合同の検討会を早急に立ち上げ、対策の具体化を図るべきである。

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会
～これまでの主な意見（テーマ別）～
【未定稿】

（第7回検討会資料抜粋臨床研修制度に関する部分の抜粋）

- ・ 臨床研修制度の見直しについて、厚生労働省は大学から意見を聞いたと言うが、例えば心臓手術等の全国ランキングを見ると、上位に入っているのは市中病院であり、現在は市中病院の方が患者の信頼も厚い。こういった市中病院から事情を聞かなければ意味がない。（土屋委員②）
- ・ 臨床研修制度については評価するところもあるが、見直しが必要。厳しい診療科に手をうつこと、大学の研修医が減ったこと、フリーターの医師が増えていてトレーニングシステムを作ることは対応すべき。資料4のP5より、大都市圏域での大学において臨床研修を経験しており、どうしても小都市圏域は、明らかに少なくなっている。資料4P2より、研修制度の理念はよかったが、定員過剰であったため、空席が3,000人もある状況。地域別に定数を決めて、大学と基幹病院が連携したプログラムの作成が必要。（吉村委員⑤）
- ・ 研修施設の認定基準を厳格化することで、「質の高い医師の養成」と「全診療科のバランスのとれた医師養成」を行う必要がある。（吉村委員⑤）
- ・ 現在の臨床研修制度について、2年間新規医師が誕生しないこと、地域医療に影響を及ぼしていること、指導体制が充実していない500床以下の臨床研修病院で1/3の研修医が研修を行っていること等を踏まえ、①研修期間を2年から1年に短縮すること、②臨床研修病院の指定基準を500床以上にすることを提言する。（嘉山委員⑤）
- ・ 現在の臨床研修制度は、旧態依然とした医局制度の弊害を鑑みて作られた制度であるので、廃止することには反対する。また、研修医も自分たちで研修する病院を選んで行っているのであり、選ばれなかった病院は、選ばれなかったことを自覚すべき。研修医が集まらないのは制度の問題ではないのではないか。（大熊委員⑤）
- ・ 旧研修制度は、悪いところもあったが、それでも日本の医療は世界一であった。現在の臨床研修制度についても、研修の質の向上の観点から見直しを行うべき。（嘉山委員⑤）
- ・ 臨床研修制度の研修期間を短縮することに対しては、賛成する。また、指導体制の充実や研修の質の向上の観点から見直しを行うべき。（川越委員⑤）
- ・ 卒後臨床研修評価機構において、臨床研修の評価が行われているが、診療だけを行ったり、指導体制が充実している病院は、研修医からも人気がある。給与が高かったり、留学させてくれる病院も人気はあるが、研修期間を1年に短縮することも含めた検討が必要。（高久委員⑤）
- ・ 現在の臨床研修制度の下では、旧制度の時ほど研修医に能力が身に付いていない。興味がない診療科もローテートしなければならないことにも起因すると考えられる。また、臨床

実習で身につけたことを国家試験の勉強期間で現場を離れて忘れてしまい、研修でゼロからやり直さなければならないことも無駄。卒前卒後で一貫した医学教育を行えば、こういった無駄がなくなり、研修期間の短縮に繋がるのでは。ひいては医師不足対策にも繋がる。

(岡井委員⑤)

- ・ アメリカでは、卒前卒後一貫教育を行っている。厚生労働省と文部科学省とが協力して、一貫性のある医学教育カリキュラムを組めば、確かに研修期間の短縮は可能。(土屋委員⑤)
- ・ 臨床研修制度もアイデアは良かったが、指導する者が各科の専門医では、プライマリケアの教育にはならない。臨床研修の科目でも地域医療は役に立つが、保健所研修などはと学生の研修と同レベル。(高久委員⑥)

臨床研修制度に関する経緯

資料 6

○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)

○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)

平成6年 日本学術会議地域医学研究連絡委員会
(卒後臨床研修の義務化について提言)
医療関係者審議会医師臨床研修部会中間まとめ(厚生省)
(幅広い基本的な診療能力を身につけることができるように、
基本的には臨床研修を必修とすることが望ましい旨を提言)

平成12年 医師の卒後臨床研修に関する協議会 意見とりまとめ(文部省、厚生省)
(臨床研修を受けることを必修化することはきわめて重要な課題であること
から、研修内容の充実や研修体制の環境整備等についてとりまとめ)

○平成12年 医師法、医療法改正(臨床研修の義務化)

○平成16年 新制度の施行

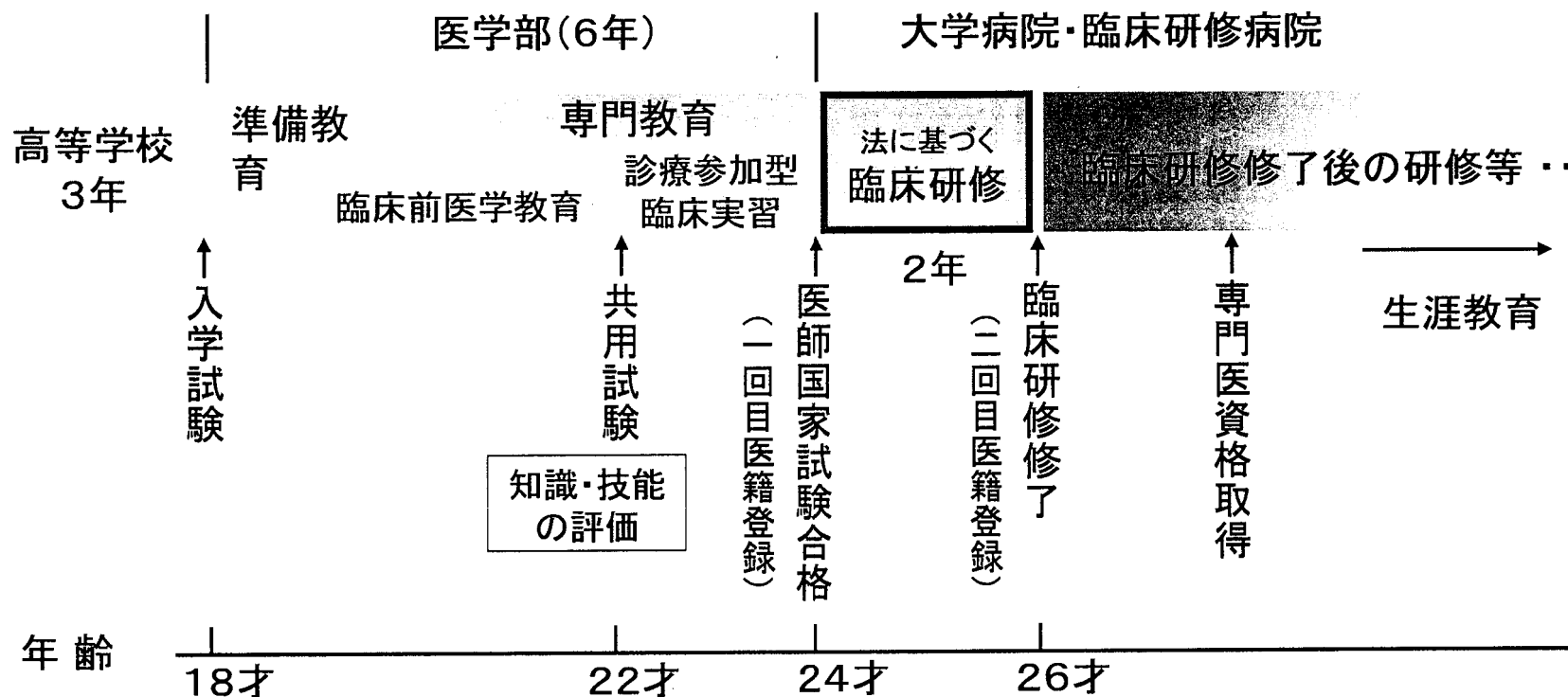
平成19年 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書
平成20年 臨床研修病院の指定基準等の見直し(省令、通知の改正)

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。

3. 臨床研修のプログラム(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の施行について)

- ① 基本研修科目(内科、外科及び救急部門(麻酔科を含む。))、必修科目(小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療)は、必ず研修を行う(研修期間は、それぞれの科目で少なくとも1月以上)。
- ② 原則として、当初の12月は基本研修科目を研修。内科6月、外科及び救急部門はそれぞれ3月以上が望ましい。

○ 大学病院における臨床研修のプログラムの弾力化

1. 目的

大学病院が豊富な教育資源を持っていること、医師不足地域の地域医療を担っていること等を踏まえ、臨床研修の質の向上を図りながら、臨床研修を行う分野や研修期間を見直すためにモデル的に大学病院の研修プログラムを弾力化する。

2. 実施主体

臨床研修を行う大学病院(40大学、募集定員397名)

3. 研修プログラム弾力化(特別コース)の主な内容

ア) 内科、外科、救急、小児科、産婦人科など、著しい医師不足を生じ地域医療に影響している診療科を中心とした特別コースを設定。(例えば、小児科コースでは、研修の中心は小児科となり、その他の診療科の研修期間は任意の期間)

イ) 臨床研修の基本理念に基づき、臨床研修の到達目標(経験すべき基本的手技等)を達成。

ウ) 特別コースの研修プログラムによる臨床研修の実施については、研修医の研修目標の達成状況、課題等について、厚生労働省が総合的に評価。

4. 実施時期

平成21年4月から開始

4. 実施状況

① 臨床研修実施施設(平成20年4月1日現在)

臨床研修病院(単独型・管理型)	1,004病院
臨床研修病院(協力型)	1,298病院
臨床研修協力施設	5,047施設
大学附属病院(単独型・管理型)	109病院
大学附属病院(協力型)	24病院

② 研修医の在籍状況

区分	大学病院	臨床研修病院
旧制度(平成15年度)	72.5%	27.5%
新制度1年目(平成16年度)	55.9%	44.1%
新制度2年目(平成17年度)	49.2%	50.8%
新制度3年目(平成18年度)	44.7%	55.3%
新制度4年目(平成19年度)	45.3%	54.7%
新制度5年目(平成20年度)	46.4%	53.6%

都道府県別研修医在籍状況推移

都道府県	平成15年度 採用実績 ①	平成20年度 採用実績 ②	増 減 ②-①	都道府県	平成15年度 採用実績 ①	平成20年度 採用実績 ②	増 減 ②-①
北海道	288	313	25	滋賀県	83	85	2
青森県	56	63	7	京都府	411	274	△ 137
岩手県	38	66	28	大阪府	689	613	△ 76
宮城県	88	115	27	兵庫県	310	319	9
秋田県	61	63	2	奈良県	101	78	△ 23
山形県	56	60	4	和歌山県	68	74	6
福島県	79	76	△ 3	鳥取県	51	30	△ 21
茨城県	85	119	34	島根県	30	37	7
栃木県	119	126	7	岡山県	146	150	4
群馬県	119	80	△ 39	広島県	181	142	△ 39
埼玉県	118	214	96	山口県	93	57	△ 36
千葉県	268	283	15	徳島県	68	49	△ 19
東京都	1,707	1,338	△ 369	香川県	50	64	14
神奈川県	404	584	180	愛媛県	65	68	3
新潟県	89	70	△ 19	高知県	47	38	△ 9
富山県	59	54	△ 5	福岡県	546	434	△ 112
石川県	95	86	△ 9	佐賀県	58	58	0
福井県	48	49	1	長崎県	105	68	△ 37
山梨県	54	51	△ 3	熊本県	115	98	△ 17
長野県	104	106	2	大分県	54	54	0
岐阜県	116	95	△ 21	宮崎県	50	45	△ 5
静岡県	109	160	51	鹿児島県	91	68	△ 23
愛知県	436	446	10	沖縄県	81	140	59
三重県	77	75	△ 2	計	8,166	7,735	△ 431

資料：厚労省医師臨床研修推進室調べ

都道府県別研修医定着率(国家試験合格者数に対する研修医数の比率)

都道府県	平成20年度 採用実績 ①	平成19年度国 試験合格者数②	定着率 ①/②
北海道	313	309	1.01
青森県	63	106	0.59
岩手県	66	82	0.80
宮城県	115	88	1.31
秋田県	63	100	0.63
山形県	60	100	0.60
福島県	76	81	0.94
茨城県	119	113	1.05
栃木県	126	212	0.59
群馬県	80	100	0.80
埼玉県	214	163	1.31
千葉県	283	103	2.75
東京都	1,338	1,261	1.06
神奈川県	584	361	1.62
新潟県	70	88	0.80
富山県	54	93	0.58
石川県	86	202	0.43
福井県	49	102	0.48
山梨県	51	101	0.50
長野県	106	95	1.12
岐阜県	95	83	1.14
静岡県	160	113	1.42
愛知県	446	387	1.15
三重県	75	100	0.75

都道府県	平成20年度 採用実績 ①	平成19年度国 試験合格者数②	定着率 ①/②
滋賀県	85	97	0.88
京都府	274	204	1.34
大阪府	613	485	1.26
兵庫県	319	193	1.65
奈良県	78	91	0.86
和歌山県	74	64	1.16
鳥取県	30	84	0.36
島根県	37	86	0.43
岡山県	150	201	0.75
広島県	142	94	1.51
山口県	57	92	0.62
徳島県	49	92	0.53
香川県	64	94	0.68
愛媛県	68	98	0.69
高知県	38	86	0.44
福岡県	434	413	1.05
佐賀県	58	91	0.64
長崎県	68	83	0.82
熊本県	98	101	0.97
大分県	54	89	0.61
宮崎県	45	102	0.44
鹿児島県	68	105	0.65
沖縄県	140	109	1.28
計	7,735	7,697	1.00

※ 平成19年度国家試験合格者数は大学医学部卒業者7,697名の他、認定及び予備試験による者36名があり、合計7,733名

臨床研修制度の主な課題と現在の取組（平成20年9月）

課題	現在の取組
<p>研修プログラムの改善</p> <p>○一年目の研修分野が固定されており、プログラムの作成や指導体制の確保に苦慮。(研修部会報告書)</p> <p>○研修を修了した者に対する中・長期的な影響、効果については、現時点では評価が困難。(研修部会報告書)</p>	<p>○一年目の研修分野について一定期間基準を緩和。(H20.4月～)</p> <p>○モデル的に大学病院の研修プログラムを弾力化。(H20.7月～)</p> <p>○研修を修了した者に対する調査を実施予定。(H20年度～)</p>
<p>臨床研修病院の体制等の充実</p> <p>○臨床研修の質の維持・向上のために、臨床研修病院の指定基準を適時見直す。(研修部会報告書)</p> <p>○臨床研修病院や大学病院の研修体制に対する外部評価が重要。(研修部会報告書)</p>	<p>○指導医講習会の受講を指導医の要件とする等の指定基準の見直し。(H20.4月～)</p> <p>○引き続き、研修部会において、指定基準の見直しについて検討中。</p> <p>○第三者評価が行われるよう評価のあり方や基準等を検討予定。(H20年度～)</p>
<p>研修医の募集定員の適正化</p> <p>○臨床研修制度のあり方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。(緊急医師確保対策)</p> <p>○研修医の募集定員について、研修体制の質の向上を図る観点から、臨床研修病院の指定基準見直し等により、その総数について調整すべき。(研修部会報告書)</p>	<p>○研修医数の上限に関する経過措置を廃止。(8床に1人→10床に1人)(H20.4月～)</p> <p>○原則として臨床研修病院の新規指定や募集定員の増員を行わない。(H20.4月～)</p> <p>○引き続き、研修部会において、研修医の募集定員数の適正化について検討中。</p>

注)「緊急医師確保対策」:平成19年5月政府・与党の緊急医師確保対策

「研修部会報告書」:平成19年12月医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書

大学医学部・附属病院の状況

(1) 医学部の現状

区分	大学数	入学定員 (平成20年度)	入学定員 ^(注1) (平成21年度)
国立大学	42	4,165	4,528
公立大学	8	728	810程度
私立大学	29	2,900 ^(注2)	3220程度
合計	79	7,793	8560程度

(注1) 増員数は、各大学の検討状況をまとめたものであり、今後、各大学からの申請、文部科学省における審査により変更の可能性がある。

(注2) 私立大学は募集人員。

(2) 大学病院数

平成20年4月時点


		国立	公立	私立	計
医系 大学 病院	本院	42	8	29	79
	分院	—	2	53	55
合 計		45	12	106	163

(3) 病床規模別大学病院数

平成20年4月時点

	国立	公立	私立	合計
1000床以上	6	2	23	31
900床～999床	2	2	3	7
800床～899床	8	2	2	12
700床～799床	7	2	3	12
600床～699床	19	1	9	29
500床～599床	0	0	6	6
499床以下	3	1	35	39

(3) 臨床研修医在籍状況の推移

臨床研修制度開始 

区分	平成15年度		平成16年度		平成17年度		平成18年度		平成19年度		平成20年度	
	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率
臨床研修病院	2,243	27.5	3,262	44.2	3,824	50.8	4,266	55.3	4,137	54.7	4,144	53.6
大学病院	5,923	72.5	4,110	55.8	3,702	49.2	3,451	44.7	3,423	45.3	3,591	46.4
計	8,166	100	7,372	100.0	7,526	100	7,717	100	7,560	100	7,735	100

※1) 国家試験合格発表後の厚生労働省医政局医事課調べの数字である。

※2) 各年度「研修医数」については、1年目の研修医数である。

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書

平成19年12月

目 次

1. はじめに	1
2. 研修プログラムの改善	3
3. 臨床研修の到達目標の改善	8
4. 臨床研修病院の体制等の充実	10
5. 臨床研修制度を含む医師養成のあり方	17
6. その他	20
7. おわりに	22
参考資料 1 : 参考人一覧	23
2 : 臨床研修の到達目標	25
3 : 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会委員名簿	38
4 : 審議経過	39

1. はじめに

- 医師臨床研修制度は、「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つけることのできるものであること。」を基本理念とし、平成16年4月から、診療に従事しようとするすべての医師に対し臨床研修が必修化された。
- 新医師臨床研修制度は、今年度で4年目を迎え、平成20年3月には3期目の修了者が誕生することとなっており、新制度の導入に伴い、基本的な診療能力を身につける機会が増加したこと、臨床教育の重要性がこれまで以上に認識されたこと、研修医の身分と処遇が大幅に改善され研修に専念できるようになったことなどが評価されている。
- 一方、研修プログラムのあり方や臨床研修病院の指定基準など、研修制度自体に関する問題点とともに、新制度の実施を一つの契機として、医師偏在などの問題が顕在化した点や、将来の基礎医学志望者の減少などの懸念について、関係者から指摘されている。
- 以上の評価・指摘、また、医療制度改革関連法の成立・施行や文部科学省における医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議報告に基づく医学教育改革など、医療や医学教育を取り巻く環境の変化を踏まえ、臨床研修に関する厚生労働省令（平成14年12月11日施行）の「この省令の施行後五年以内に、この省令の規定について所要の検討を

加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」との規定に基づき、平成18年12月から、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（以下、「部会」という。）において、新制度について所要の検討を開始した。

- 今回の検討においては、「国民の求める医師が育成されているか？」といった観点からの議論が行われた結果、臨床研修制度をより良いものとするよう関係者が努力する必要があるとの結論に至った。
- なお、現時点では評価が困難であり、引き続き検討を要する事項については、今後とも中長期的に制度の施行状況の検証を行う必要性を認識するとともに、現時点において研修の質の向上を図る観点から、関係者からの課題の指摘に基づき、具体的な運用面でいくつかの改善点について提言を行った。
- 部会においては、医師臨床研修制度に携わる様々な立場の方からのヒアリング（16人）（参考資料1）を踏まえ、制度の改善・充実方策について9回にわたり検討を重ね、意見の集約を行ったものである。中には相反する意見もあったが、可能な限り挙げられた様々な意見を列挙し、その対応について中長期的な方向性も含め、一定の意見の取りまとめを行った。
- 厚生労働省をはじめとする関係者においては、部会の意見を踏まえ、今後、臨床研修制度がより良い医師の育成の礎となるよう、改善・充実に取り組むことを要望する。

2. 研修プログラムの改善

(1) 現状と課題

- 臨床研修制度における研修プログラムは、「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、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身につけることのできるものであること。」の基本理念を具体化するため、以下のとおり基本的診療科をローテートする方式で実施されている。

<現在の研修プログラムについて>

- ① 内科、外科及び救急部門（麻酔科を含む。）、小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療については、必ず研修を行うこととし、研修期間はそれぞれの科目について少なくとも1月以上とすること。
 - ② 原則として、当初の12月は、内科、外科及び救急部門（麻酔科を含む。）において研修すること。内科については、6月以上研修することが望ましい。（例えば、当初の12月を内科6月、外科及び救急部門で6月研修し、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各3月研修することなども考えられる）
 - ③ 地域保健・医療については、へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等（臨床研修協力施設）のうち、適宜選択して研修すること。
- この制度の影響・効果として、臨床研修制度の必修化前（平成15年）と必修化後（平成17年）に行われた研修医の基本的技術の習得状況に関する調査において、概ね必修化前より向上しているとの報告がなされ

ていることや、医療現場において、「プライマリ・ケアへの関心を高める効果があった。」との指摘がなされるなど当初期待された効果があがっているものと考えられる。

○ 複数の診療科を2年間でローテートするため、各科の一般的な知識や技術を短期間で多く経験することが可能となった反面、研修が細分化され、実際に習熟するまでには至らない知識や技術が多くなったとの指摘があった。そのため、他科へコンサルトすべきか、どのような病態はどの科で診察・治療することが適切なのかといった判断を行うことや、各科の多数の指導医との交流が可能となった点はプラスであるが、自身で最後まで診断・治療を行うことができる技術・知識を身に付けることは難しいとの実感があり、この場合は研修期間の2年間は短いとの印象があることが指摘されている。

○ 将来の専門科を既に決定している研修医の一部には、「当初の12月は、内科、外科及び救急部門（麻酔科を含む。）において研修すること。」となっていることで、自身の直接的な興味と合わない研修が続くことから、臨床研修に対してモチベーションを保つことが困難であり、この場合は2年間の研修期間は長いとの印象があることが指摘されている。なお、このような指摘に対しては、本制度の基本理念に則り、2年間の臨床研修を通じ基本的な診療能力を習得することの重要性を研修医に理解させ、モチベーションを維持させることがあるべき姿であるとの指摘もある。

- 一部の臨床研修病院や大学病院からは、一年目の研修分野が固定されていることから、一時期にある診療科に研修医が集中してしまうなど、プログラムの作成や指導体制の確保に苦慮しているとの指摘がある。
- 研修分野については、2年目に最大で8か月の選択期間を設けることが可能であるため、各臨床研修病院や大学病院において、それぞれの得意分野を生かした特徴のあるプログラムを作成することができ、研修医が適切に選択することによって、より充実した研修に繋がるとの指摘があった。
- 医療に従事する上では、科学的視点からの医学的な理解が重要であるにもかかわらず、基本的な診療能力の修得を重視した臨床研修によって、本質的な理解を伴わないマニュアル的な対応が増加したとの指摘があった。
- なお、現在、内科、外科及び救急部門（麻酔科を含む。）、小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療については、必ず研修を行うこととされ、救急部門に麻酔科が含まれていることは、基本理念を踏まえた救急部門での知識・技術の修得の重要性を正確に表現していないとの指摘もあった。

(2) 今後の対応

- 本制度に基づいたプログラムによる研修医の養成は、複数の診療科の多くの症例を経験することから、幅広い知識・技術を習得することができ、基本理念に掲げられた「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（態度・技能・知識）を身につけることのできるものであること」との目的を概ね達成できているものと考えられる。一方、研修を修了した医師に対して中長期的にどのような影響・効果があったかについては、現時点で評価することは困難である。このことから、研修分野やその期間など研修プログラムの基本的な部分について、現時点においては、現行の方式を継続することが妥当なものとするが、今後、研修を修了した者に関する調査を実施するなど検証する必要がある。
- 一方、臨床研修病院や大学病院におけるプログラム作成や指導体制の確保をより柔軟に行えるようにするとの観点から、当初の12か月においても、必修科目（小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療）の研修を、一定期間に限って可能とするよう変更することが、より実情に合っているものとする。
- ただし、研修プログラムの作成を柔軟に行えることを可能とすることに併せ、研修病院の研修実施状況や研修医の修了認定方法について、定期的に把握し評価する仕組みがより重要となる。
- 医療現場において、医療を科学的視点から捕らえることは、非常に重

要であることは自明のことであり、ほとんどの臨床研修病院や大学病院においては、現在の臨床研修においても、種々の文献を検索し考察するなど医学的に本質な理解を行った上で医療が行われているものと考えますが、その重要性を再認識する必要がある。

- 救急部門で修得すべき知識・技術と麻酔科で修得すべき知識・技術が異なることから、救急分野の研修を麻酔科のみで行っている施設については、救急部門での研修が充実されることが望ましい。
- 患者やその家族に対して全人的に対応することの重要性について理解を深める観点から、地域の診療所等での研修が積極的に行われることが望ましい。また、へき地等の医療について理解を深め、あるいは、医師不足地域において勤務する医師の養成・確保に資する観点から、地域保健・医療の研修の中で、医師不足地域における病院での研修が積極的に行われることが望ましい。
- 医師としての社会的な役割を認識するために重要であると考えられる保健所における研修については、研修医の受け入れや研修内容の充実に関し、今後とも地方自治体の理解と協力を求めることが必要である。

3. 臨床研修の到達目標の改善

(1) 現状と課題

- 現在の到達目標は、行動目標と経験目標から構成されており、行動目標では、医療人として必要な基本姿勢・態度を、経験目標では、経験すべき診察法・検査・手技、経験すべき症状・病態・疾患、特定の医療現場の経験が示されている。(参考資料2)
- 到達目標は、臨床研修の中で研修すべき内容の骨子が示されているものの、特に経験目標においては、経験する内容が決められているのみであり、医療技術・知識についての質的な評価についての言及がなされておらず、具体的な修了基準が明確でないとの指摘がある。
- 項目によって難易度が異なると感じている研修医も存在することから、基本的な目標と応用的な目標の区分など、現場でより利用しやすい目標となるような工夫も必要である。
- 現場では、研修医の立場からも、指導医の立場からも、レポート作成やレポートチェックなどの対応が煩雑となっている実情がある。
- 到達目標の内容については、今後、医療技術の向上などに伴った変更が必要となることから、適時改正を行えるようにするべきである。

(2) 今後の対応

- 到達目標は経験すべき内容の項目を主としており、質的な評価については触れられていないが、研修医個々の医療技術の修得レベルについて

の質的な評価は、医療現場で指導医が判断する以上の方法はないことは自明である。また、現在、「新医師臨床研修制度における指導ガイドライン」（以下、「指導ガイドライン」という。）が国立保健医療科学院のホームページ上に公開され、順次更新されているところであり、この中には、医療技術・知識の質的な評価を行うための整理がなされている。以上を踏まえ、研修医の医療技術・知識の質的な評価は、指導ガイドラインを参考に、各臨床研修病院及び大学病院が自ら行うことが原則であることを明確に認識する必要がある。併せて、研修においては、臨床現場における退院時サマリーなどの記録を活用して研修医を様々な角度から評価することが重要であり、研修修了に必要なレポート等の様式などについては、今後も、各臨床研修病院及び大学病院において実情に適し、できるだけ利用されやすいものを作成し、使用することが望ましい。

- 今後、医学の進歩に伴い、医学的知見や医療制度が変化することは不可避であることを踏まえ、臨床研修における到達目標についても、例えば、常設の検討組織を設置するなど、適時、必要な改正が可能となるシステムを構築することが重要である。また、医学部における医学教育の改善・充実の状況に応じた変更についても適時対応する必要がある。更に、本制度を運用した経験を踏まえ、基本的な事項と応用的な事項の分類など、より研修現場において運用しやすい形についての検討が引き続き行われることが望ましい。併せて、指導ガイドラインについても同様のシステムが構築される必要がある。

4. 臨床研修病院の体制等の充実

[臨床研修病院の指定基準の改善]

(1) 現状と課題

○ 現在の臨床研修制度においては、大学病院、単独型、管理型、協力型臨床研修病院及び研修協力施設が連携し、臨床研修を行っている。

○ 臨床研修を行う病院（大学病院を除く）には一定の条件（以下、指定基準という。）を付しており、指定基準に適合しているか否かを当部会で審査した上で、厚生労働大臣が指定している。

① 現在の臨床研修指定病院の指定基準

- ・ 単独型臨床研修病院は、以下の要件を満たすこと。
 - ア 原則として、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の各診療科が標榜されており、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得するのに必要な症例や指導体制を有していること。
 - イ 研修プログラム及び研修医の管理、評価等を行う研修管理委員会を設け、プログラム責任者が配置されていること。
 - ウ 臨床病理検討会（CPC）を適切に開催していること。
 - エ 常勤の指導医が、原則として、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の各診療科に配置されていること。
 - オ 指導医は、原則として、7年以上の臨床経験を有する医師であって、プライマリ・ケアを中心とした指導を行う十分な能力を有していること。
 - カ 臨床研修病院は、医療法標準の医師数を有していること。
 - キ 臨床研修病院群においては、管理型臨床研修病院、協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の連携により単独型臨床研修病院の基準を満たすとともに、相互に機能的な連携が図られていること。
 - ク 受け入れる研修医の数は、原則として、病床数を10で除した数又は年間入院患者を100で除した数を超えないこと。また、原則として、研修プログラム毎に複数の研修医を受け入れられる体制であること。

② 経過措置

- ア 受け入れる研修医の数については、おおむね、病床数を8で除した数を超えない範囲とすること。
- イ 医療法標準の医師数を有しているという規定を適用しないこと。
- ウ 指導医の臨床経験については5年以上とすること。
- エ 上記の取扱いについては、当分の間適用すること。

- 研修医の受入体制として、現在、数的には十分な募集定員数が確保（平成19年度で約11,300名）されており、研修医の募集定員数が過剰ではないかとの指摘もあることから、今後は、研修体制の質を維持・向上する観点にたつて、臨床研修病院の指定基準を見直すべきとの指摘がある。

（2）今後の対応

- 臨床研修の質の維持・向上のために、臨床研修病院の指定基準を、適時、見直していく必要がある。例えば、現在、研修協力施設も併せて考慮することとされている「必要な診療科の確保、救急医療の提供、臨床病理検討会開催」などについては、臨床研修病院に限定することも考えられる。また、CPCレポートの作成は必修項目となっていることから、臨床病理検討会が適切に開催されていることが重要である。
- 研修医の指導に当たっては、医学的知識・技術と併せ、教育方法についても習熟していることが望ましいとの観点から、一定の経過措置を設けた上で、原則として、指導医講習会を受講したことを指導医の要件とすべきと考える。
- 経過措置については、著しく医師の確保が困難な地域を除き、原則として平成21年3月をもって廃止する方向で検討すべきと考える。

[臨床研修病院の評価]

(1) 現状と課題

- 臨床研修病院の指定に当たっては、指定基準を設け、当該基準に基づく審査を事前に行うことにより、臨床研修の質の確保が図られているところである。現時点では、その指定基準において、「将来、財団法人日本医療機能評価機構による評価等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。」とされており、現在、1, 113の単独型及び管理型臨床研修病院のうち、約850の病院が評価を受けている。
- 平成18年度「臨床研修に関する調査」報告（厚生労働科学研究「卒前教育から生涯教育を通じた医師教育の在り方に関する研究」（主任研究者 篠崎 英夫）、「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」（主任研究者 福井 次矢））によると、臨床研修体制に係る評価として、「第三者による評価」が必要と回答した病院が約53%、「自主評価」が約53%、「臨床研修病院間の相互評価」が約30%となっている。一方、自主評価を実施している病院は約24%、それ以外の評価を実施している病院は約9%程度となっている。
- 病院内での自己評価については積極的に進められるべきであり、第三者による外部評価についても、将来的に進められ、より質の高い研修に繋げることが重要であることまた、今後の評価を検討するにあたっては、利用者の理解、協力、評価が得られているのかどうかについての評価を行う必要があることが指摘されている。

(2) 今後の対応

- 臨床研修の質の向上を図るため、臨床研修病院や大学病院の研修体制について評価し公表することは、極めて有効な手法と考えられることから、評価のあり方や、特に第三者評価の基準や方法、実施体制の確保について、検討を進めるべきである。

[指導体制の充実]

(1) 現状と課題

- チーム主治医制の導入、指導医の病院内での位置づけの明確化、いわゆる屋根瓦方式の教育体制、研修事務に係る院内体制など、指導医に過度に負担がかからないようなシステムを、それぞれの臨床研修病院及び大学病院において考える必要がある。
- 研修医が基本的な技術を修得すべきにもかかわらず、指導医がより専門性の高い知識・技術を教授すべきであると考えているケースや、研修医が急性期症例に関する知識・技術を習得すべきにもかかわらず、慢性疾患の多い病棟での研修が中心となっているケースなど、研修医が修得すべき知識・技術がうまく修得できない状況があるとの指摘を踏まえ、具体的な方策を検討すべきである。

(2) 今後の対応

- 指導医に過度の負担がかからず効果的な指導が行える体制（いわゆる屋根瓦方式、チーム主治医制など）や指導医としての実績が医療機関内で適切に評価を受ける仕組みを作ることが重要である。このような体制については、一部の先進的な病院で取り入れられているが、全国の病院で導入されているとは言い難い。そこで、まず、具体的にどのような取り組みを行うべきなのかについて、理想的なモデルが集約・提示され、全国的に周知される必要があり、併せて、それぞれの臨床研修病院及び大学病院においても、その体制を検討することが必要である。
- また、各臨床研修病院や大学病院に設置され、臨床研修の実施に当たって重要な役割を担っている研修管理委員会の責任者等に対して、会議や講習会などを開催し、周知徹底を図ることが重要であると考える。

[医師の地域偏在と研修医の募集定員]

(1) 現状と課題

- 旧制度において約「7対3」であった大学附属病院と臨床研修病院の研修医数割合が、新制度第4期生で「45.3対54.7」となっており、臨床研修病院を選択する研修医が多くなっている。
- 全国医学部長病院長会議が行った平成18年度臨床研修修了者に係る帰学状況調査によると、（1）大学所属医師の減少、（2）特に、北海道、東北、中国、四国など地方における帰学者の減少などを招き、(1)地

域間格差の増大、(2)診療科間の格差の増大、(3)一部地域や、へき地医療を維持することが困難との指摘がある。

- 一方、臨床研修制度が始まったことで、地域における医師養成のかかわりが重要視されるようになり、地域でいろいろな連携を組みながら医師養成にかかわる必要があるという認識ができたとの指摘もある。
- 全国的に見て、実際の研修医数に比し研修医の募集定員数が著しく過剰（例えば、18年度のマッチング参加者数約8,600名に対し、研修医の募集定員数は約11,300名）となっていることは、研修体制の質を維持する上で好ましくないだけでなく、研修医の都市部への集中を招く懸念が指摘されており、本年5月に政府・与党でとりまとめられた「緊急医師確保対策について」でも大学病院を含む臨床研修病院の定員の是正が求められている。

(2) 今後の対応

- 現在、医学部卒業生数に対し過剰ではないかと指摘されている研修医の募集定員数について、研修体制の質を確保・向上する観点から、臨床研修病院の指定基準の見直しなどを行い、その総数について調整すべきである。なお、調整に当たっては、研修医の地域毎のバランスが図られるよう配慮する必要がある。
- 具体的には、研修医の募集定員数及び採用実績が当該地域の人口に比し著しく多く、かつ、人口10万対医師数が全国値を上回るなどの地域

における臨床研修病院や大学病院に対し、募集定員減の要請や募集定員の増員の留保、あるいは当該地域の臨床研修病院の新規指定を留保するなどの方法が考えられる。また、例えば、複数年にわたって研修医の受入がない場合など、既に指定されている臨床研修病院の取り扱いについても、検討すべきである。

なお、個別の医療機関の研修医募集定員の調整に当たっては、地域の医療機能や医師派遣機能に十分配慮しながら、関係省庁との連携のもと、段階的に進めていく必要がある。

- また、臨床研修制度については、大学病院の研修医数の減少を招き、現在の一部地域における医師偏在を顕在化させたとの指摘がある一方、大学医学部でのみ行われていた医師育成を、地域の医療機関において主体的に実施することを検討するきっかけとなっているとの評価もあることを踏まえ、地域医療の実情を踏まえてモデル的な運用がなされている事例等についても集約・提示を行うことで周知する必要がある。

5. 臨床研修制度を含む医師養成のあり方

(1) 現状と課題

- 現在、医師の養成に関しては、医師として必要な基本的知識、態度及び技能について学習する「医学部教育」（以下、「卒前教育」という。）、医師免許取得後に、将来専門とする分野にかかわらず一般的な診療における基本的な診療能力を身につける「臨床研修」、一般的には3～5年程度の専門医資格を取得するための研修と順次行われている。
- 例えば、卒前教育の充実等と臨床研修の内容を合わせて見直す等、それぞれの過程を関連させて検討するべきと考える。
- 臨床研修必修化と併せて行われたマッチングの導入により、以前と比べ違う大学の出身者が、同じ臨床研修病院や大学病院において研修を行う状況が増えたことから、卒前教育（特に診療参加型臨床実習）で修得すべき医学知識・技術、臨床研修で修得すべき医学知識・技術を明確化し、卒前と卒後の一貫性を担保する、シームレスなシステムの構築の重要性が認識された。
- 医学生や若手の医師に臨床能力重視の傾向が出始めており、大学病院も多くの施設で臨床教育を重視する傾向が見え始め、これまで学位、大学院など研究至上主義であったとの指摘のある医師養成のあり方に対して、臨床研修制度はバランスをとる役割を果たしているとの指摘もある一方、研究業績の停滞等の基礎医学の衰退を招く要因であるとの指摘もある。

(2) 今後の対応

- 卒前教育、医師国家試験、臨床研修、その後の研修といった一連の医師養成過程に対する重要性を踏まえ、今後、様々な観点から検討されることが望まれる。特に厚生労働省、文部科学省は連携・協力し、診療参加型臨床実習、医師国家試験、臨床研修制度が円滑に繋がるような検討（例えば、診療参加型臨床実習で修得する医学知識・技術と臨床研修で修得すべき医学知識・技術の明確化等）を行うべきである。併せて、卒前教育の臨床実習における医学生の実修状況を、臨床研修病院においても参考に活用できるような仕組みの構築を図ることも重要である。
- 現在、文部科学省においては医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する恒常的な体制の構築と改訂の検討、厚生労働省においては医師国家試験の出題の検討等が行われており、また、本報告書において、臨床研修における到達目標を適時適切に改善するシステムの構築（例えば、常設の検討組織の設置など）を提言しているところであるが、必要に応じて会合を合同で開催するなど、このような取組を連携協力して進めることが必要である。
- また、その基本理念から、臨床研修制度において考えることが難しい基礎医学振興の方策についても、大学院教育の充実やキャリア形成への支援等について文部科学省を中心に十分な検討がなされることが望ましい。

- 医師としての実践基盤である、科学的な分析能力、思考能力、探求心（リサーチマインド）については、将来研究者を志す者に限らずすべての医師が身につけること、また、生涯に通じて研鑽を積むことが大切であり、臨床研修においても、文献検索や症例検討会などを通じ、それらの能力の修得に努めることが必要である。
- より良い医師を養成するためには、臨床研修を修了した医師が、大学病院や地域の医療機関をまわりながら多様な経験を積むなど、さらに適切にキャリアを重ねることが重要であり、臨床研修後の大学病院や地域の医療機関での情報を集約し一元的に提供できるような仕組みを検討すべきである。

6. その他

(1) 現状と課題

- 研修分野やその期間の変更、研修協力施設の追加などは前年の4月30日までにプログラム変更として申請しなければならないこと、また、協力型臨床研修病院の増減等の病院群変更については、新規申請として前年の6月30日までに申請しなければならないことなどから、実情に合わせた柔軟性のある変更を行いにくい、部分的な変更についてはもっと柔軟性をもたせるべきとの指摘がある。

分類	締切	内容
新規申請・病院群変更	6月30日	・新たに臨床研修病院となる場合 ・病院群の構成を変える場合等
プログラム変更 (病院群変更なし)	4月30日	・プログラムの目標、研修分野、分野毎研修期間、研修を行う病院または施設の変更を行う場合 (研修協力施設の追加・削除等も該当)
年次報告	4月30日	・前年度の年次報告書を研修プログラムと共に提出
変更届	随時(変更後1ヶ月以内)	・異動に伴う指導医名簿等の変更 ・研修管理委員会の構成員変更等 ・研修医の処遇の変更等

- 医学部生に対して行う臨床研修病院の見学や実習によって医学部の授業を欠席する医学生がいることで、医学部教育の円滑な実施が阻害されているとの指摘がある。

(2) 今後の対応

- 病院群の変更や、臨床研修プログラムの変更、研修協力施設の変更等については、弾力的な運用を行うことが可能となるよう、早急に具体策を検討すべきある。併せて、申請手続きや年次報告の負担軽減を図る観点から、提出書類の軽減方策についても検討すべきである。
- 医学部生に対して行う臨床研修病院の見学や実習あるいは試験は、休業期間中に行われるようにすることで、医学部教育の円滑な実施を阻害しないよう配慮すべきである。

7. おわりに

- 今回、臨床研修制度の改善・充実方策について検討を重ね、意見の集約を行い、現時点において研修の質の向上を図る観点から、関係者からの課題の指摘に基づき、具体的な運用面でいくつかの改善点の提言を行い、その対応について中長期的な方向性も含め、一定の意見の取りまとめを行った。
- 今後も、医療を巡る状況は急速に変化することが予想されることから、引き続き制度の施行状況の検証を行い、必要に応じて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずる必要があると考える。
- また、臨床研修が必修化されてから4年目を迎え、既に本制度による修了者も誕生しているところであるが、本制度の下で研修した医師が将来様々なキャリアを重ねた段階で、当該医師に対してどのような影響・効果をもたらしたか、ひいては、国民からどのような評価を受けるかは、中長期的に検証しなければならない重要な課題であることを、すべての関係者が認識する必要がある。

(参考資料 1)

参考人一覧

氏名	所属・役職
いずみ ゆういち 和 泉 裕 一	名寄市立総合病院副院長（心臓血管外科）
うちやま まこと 内 山 聖	新潟大学大学院医歯学総合研究科（小児科教授、医学部長）
おがわ あきら 小 川 彰	岩手医科大学医学部長
きさ けんご 木 佐 健 悟	J A 北海道厚生連苫前厚生病院内科医員
こじま たくや 小 島 卓 也	大宮厚生病院副院長
こにし いくお 小 西 郁 生	信州大学医学部産科婦人科学講座教授（卒後臨床研修センター長）
こやま だ けい 小山田 恵	全国自治体病院協議会会長

さいとう のぶひこ
齋藤 宣彦

国際医療福祉大学医学教育研修センター長
(医学教育学会会長)

さえき はるこ
佐伯 晴子

東京SP (Simulated Patient) 研究会代表

さかい つねお
堺 常雄

聖隷浜松病院院長

せき けん
関 健

城西医療財団城西病院院長

たかさき もりお
高崎 盛生

倉敷中央病院脳神経外科シニアレジデント

てらさわ しゅういち
寺澤 秀一

福井大学医学部附属病院副院長 (救急部長、総合診療部長)

ひらいで あつし
平出 敦

京都大学大学院医学研究科医学教育推進センター
教授

ふくい つぐや
福井 次矢

聖路加国際病院院長

やまだ たかし
山田 隆司

社団法人地域医療振興協会地域医療研究所所長

(五十音順)

臨床研修の到達目標

【到達目標】

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

研修理念

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。

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

患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、

- 1) 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。
- 2) 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。
- 3) 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。

(2) チーム医療

医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協調するために、

- 1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。
- 2) 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。
- 3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。
- 4) 患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる。
- 5) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。

(3) 問題対応能力

患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身に付けるために、

- 1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる (EBM = Evidence Based Medicine の実践ができる。)
- 2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。
- 3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。
- 4) 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。

(4) 安全管理

患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画するために、

- 1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。
- 2) 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。
- 3) 院内感染対策 (Standard Precautions を含む。) を理解し、実施できる。

(5) 症例呈示

チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例呈示と意見交換を行うために、

- 1) 症例呈示と討論ができる。
- 2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。

(6) 医療の社会性

医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、

- 1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。
- 2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。
- 3) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。
- 4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。

II 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

(1) 医療面接

患者・家族との信頼関係を構築し、診断・治療に必要な情報が得られるような医療面接を実施するために、

- 1) 医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身に付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。
- 2) 患者の病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー）の聴取と記録ができる。
- 3) 患者・家族への適切な指示、指導ができる。

(2) 基本的な身体診察法

病態の正確な把握ができるよう、全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載するために、

- 1) 全身の観察（バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む。）ができ、記載できる。
- 2) 頭頸部の診察（眼瞼・結膜、眼底、外耳道、鼻腔口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む。）ができ、記載できる。
- 3) 胸部の診察（乳房の診察を含む。）ができ、記載できる。
- 4) 腹部の診察（直腸診を含む。）ができ、記載できる。
- 5) 泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む。）ができ、記載できる。
- 6) 骨・関節・筋肉系の診察ができ、記載できる。
- 7) 神経学的診察ができ、記載できる。
- 8) 小児の診察（生理的所見と病的所見の鑑別を含む。）ができ、記載できる。
- 9) 精神面の診察ができ、記載できる。

(3) 基本的な臨床検査

病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を、
 { **A**・・・自ら実施し、結果を解釈できる。
 その他・・・検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。

- 1) 一般尿検査（尿沈渣顕微鏡検査を含む。）
- 2) 便検査（潜血、虫卵）
- 3) 血算・白血球分画
- A**4) 血液型判定・交差適合試験
- A**5) 心電図（12誘導）、負荷心電図
- A**6) 動脈血ガス分析
- 7) 血液生化学的検査
 ・簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素など）
- 8) 血液免疫血清学的検査（免疫細胞検査、アレルギー検査を含む。）
- 9) 細菌学的検査・薬剤感受性検査
 ・検体の採取（痰、尿、血液など）
 ・簡単な細菌学的検査（グラム染色など）
- 10) 肺機能検査
 ・スパイロメトリー
- 11) 髄液検査
- 12) 細胞診・病理組織検査
- 13) 内視鏡検査

- A14) 超音波検査
 15) 単純X線検査
 16) 造影X線検査
 17) X線CT検査
 18) MRI検査
 19) 核医学検査
 20) 神経生理学的検査（脳波・筋電図など）

必修項目 下線の検査について経験があること

* 「経験」とは受け持ち患者の検査として診療に活用すること
 Aの検査で自ら実施する部分については、受け持ち症例でなくてもよい

(4) 基本的手技

基本的手技の適応を決定し、実施するために、

- 1) 気道確保を実施できる。
- 2) 人工呼吸を実施できる。(バッグマスクによる徒手換気を含む。)
- 3) 心マッサージを実施できる。
- 4) 圧迫止血法を実施できる。
- 5) 包帯法を実施できる。
- 6) 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）を実施できる。
- 7) 採血法（静脈血、動脈血）を実施できる。
- 8) 穿刺法（腰椎）を実施できる。
- 9) 穿刺法（胸腔、腹腔）を実施できる。
- 10) 導尿法を実施できる。
- 11) ドレーン・チューブ類の管理ができる。
- 12) 胃管の挿入と管理ができる。
- 13) 局所麻酔法を実施できる。
- 14) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。
- 15) 簡単な切開・排膿を実施できる。
- 16) 皮膚縫合法を実施できる。
- 17) 軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。
- 18) 気管挿管を実施できる。
- 19) 除細動を実施できる。

必修項目 下線の手技を自ら行った経験があること

(5) 基本的治療法

基本的治療法の適応を決定し、適切に実施するために、

- 1) 療養指導（安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む。）ができる。
- 2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療（抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬、血液製剤を含む。）ができる。
- 3) 基本的な輸液ができる。
- 4) 輸血（成分輸血を含む。）による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。

(6) 医療記録

チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理するために、

- 1) 診療録（退院時サマリーを含む。）を POS (Problem Oriented System) に従って記載し管理できる。
- 2) 処方箋、指示箋を作成し、管理できる。
- 3) 診断書、死亡診断書、死体検案書その他の証明書を作成し、管理できる。
- 4) CPC（臨床病理検討会）レポートを作成し、症例呈示できる。
- 5) 紹介状と、紹介状への返信を作成でき、それを管理できる。

(7) 診療計画

保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために、

- 1) 診療計画（診断、治療、患者・家族への説明を含む。）を作成できる。
- 2) 診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる。
- 3) 入退院の適応を判断できる（デイサージャリー症例を含む。）。
- 4) QOL (Quality of Life) を考慮にいれた総合的な管理計画（リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む。）へ参画する。

必修項目

- 1) 診療録の作成
- 2) 処方箋・指示書の作成
- 3) 診断書の作成
- 4) 死亡診断書の作成
- 5) CPC レポート（※）の作成、症例呈示
- 6) 紹介状、返信の作成

上記 1) ～ 6) を自ら行った経験があること
（※ CPC レポートとは、剖検報告のこと）

B 経験すべき症状・病態・疾患

研修の最大の目的は、患者の呈する症状と身体所見、簡単な検査所見に基づいた鑑別診断、初期治療を的確に行う能力を獲得することにある。

1 頻度の高い症状

必修項目	<u>下線の症状</u> を経験し、レポートを提出する *「経験」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと
------	--

- 1) 全身倦怠感
- 2) 不眠
- 3) 食欲不振
- 4) 体重減少、体重増加
- 5) 浮腫
- 6) リンパ節腫脹
- 7) 発疹
- 8) 黄疸
- 9) 発熱
- 10) 頭痛
- 11) めまい
- 12) 失神
- 13) けいれん発作
- 14) 視力障害、視野狭窄
- 15) 結膜の充血
- 16) 聴覚障害
- 17) 鼻出血
- 18) 嘔声
- 19) 胸痛
- 20) 動悸
- 21) 呼吸困難
- 22) 咳・痰
- 23) 嘔気・嘔吐
- 24) 胸やけ
- 25) 嚥下困難
- 26) 腹痛
- 27) 便通異常(下痢、便秘)
- 28) 腰痛
- 29) 関節痛
- 30) 歩行障害
- 31) 四肢のしびれ
- 32) 血尿
- 33) 排尿障害 (尿失禁・排尿困難)
- 34) 尿量異常
- 35) 不安・抑うつ

2 緊急を要する症状・病態

必修項目	<u>下線の病態</u> を経験すること *「経験」とは、初期治療に参加すること
------	---

- 1) 心肺停止
- 2) ショック
- 3) 意識障害
- 4) 脳血管障害
- 5) 急性呼吸不全
- 6) 急性心不全
- 7) 急性冠症候群
- 8) 急性腹症
- 9) 急性消化管出血
- 10) 急性腎不全
- 11) 流・早産及び満期産
- 12) 急性感染症
- 13) 外傷
- 14) 急性中毒
- 15) 誤飲、誤嚥
- 16) 熱傷
- 17) 精神科領域の救急

3 経験が求められる疾患・病態

必修項目

1. A疾患については入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出すること
2. B疾患については、外来診療又は受け持ち入院患者（合併症含む。）で自ら経験すること
3. 外科症例（手術を含む。）を1例以上受け持ち、診断、検査、術後管理等について症例レポートを提出すること

※全疾患（88項目）のうち70%以上を経験することが望ましい

（1）血液・造血器・リンパ網内系疾患

- B①貧血（鉄欠乏貧血、二次性貧血）
- ②白血病
- ③悪性リンパ腫
- ④出血傾向・紫斑病（播種性血管内凝固症候群：DIC）

（2）神経系疾患

- A①脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）
- ②認知症疾患
- ③脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）
- ④変性疾患（パーキンソン病）
- ⑤脳炎・髄膜炎

（3）皮膚系疾患

- B①湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎）
- B②蕁麻疹
- ③薬疹
- B④皮膚感染症

（4）運動器（筋骨格）系疾患

- B①骨折
- B②関節・靭帯の損傷及び障害
- B③骨粗鬆症
- B④脊柱障害（腰椎椎間板ヘルニア）

（5）循環器系疾患

- A①心不全
- B②狭心症、心筋梗塞
- ③心筋症
- B④不整脈（主要な頻脈性、徐脈性不整脈）
- ⑤弁膜症（僧帽弁膜症、大動脈弁膜症）
- B⑥動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤）
- ⑦静脈・リンパ管疾患（深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫）
- A⑧高血圧症（本態性、二次性高血圧症）

(6) 呼吸器系疾患

- B ①呼吸不全
- A ②呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）
- B ③閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症）
- ④肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞）
- ⑤異常呼吸（過換気症候群）
- ⑥胸膜、縦隔、横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）
- ⑦肺癌

(7) 消化器系疾患

- A ①食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎）
- B ②小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻）
- ③胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）
- B ④肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）
- ⑤膵臓疾患（急性・慢性膵炎）
- B ⑥横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）

(8) 腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む。）疾患

- A ①腎不全（急性・慢性腎不全、透析）
- ②原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）
- ③全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）
- B ④泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症）

(9) 妊娠分娩と生殖器疾患

- B ①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）
- ②女性生殖器及びその関連疾患（月経異常（無月経を含む。）、不正性器出血、更年期障害、外陰・膣・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）
- B ③男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍）

(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患

- ①視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）
- ②甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）
- ③副腎不全
- A ④糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）
- B ⑤高脂血症
- ⑥蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症）

(11) 眼・視覚系疾患

- B ①屈折異常（近視、遠視、乱視）
- B ②角結膜炎
- B ③白内障
- B ④緑内障
- ⑤糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化

(12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患

- B ①中耳炎
- ②急性・慢性副鼻腔炎
- B ③アレルギー性鼻炎
- ④扁桃の急性・慢性炎症性疾患

⑤外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物

(13) 精神・神経系疾患

①症状精神病

A②認知症（血管性認知症を含む。）

③アルコール依存症

A④気分障害（うつ病、躁うつ病を含む。）

A⑤統合失調症（精神分裂病）

⑥不安障害（パニック症候群）

B⑦身体表現性障害、ストレス関連障害

(14) 感染症

B①ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎）

B②細菌感染症（ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア）

B③結核

④真菌感染症（カンジダ症）

⑤性感染症

⑥寄生虫疾患

(15) 免疫・アレルギー疾患

①全身性エリテマトーデスとその合併症

B②慢性関節リウマチ

B③アレルギー疾患

(16) 物理・化学的因子による疾患

①中毒（アルコール、薬物）

②アナフィラキシー

③環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）

B④熱傷

(17) 小児疾患

B①小児けいれん性疾患

B②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）

③小児細菌感染症

B④小児喘息

⑤先天性心疾患

(18) 加齢と老化

B①高齢者の栄養摂取障害

B②老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）

C 特定の医療現場の経験

必修項目にある現場の経験とは、各現場における到達目標の項目のうち一つ以上経験すること。

(1) 救急医療

生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外傷に対して適切な対応をするために、

- 1) バイタルサインの把握ができる。
- 2) 重症度及び緊急度の把握ができる。
- 3) ショックの診断と治療ができる。
- 4) 二次救命処置（ACLS = Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理を含む。）ができ、一次救命処置（BLS = Basic Life Support）を指導できる。
※ ACLS は、バッグ・バルブ・マスク等を使う心肺蘇生法や除細動、気管挿管、薬剤投与等の一定のガイドラインに基づく救命処置を含み、BLS には、気道確保、心臓マッサージ、人工呼吸等機器を使用しない処置が含まれる。
- 5) 頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。
- 6) 専門医への適切なコンサルテーションができる。
- 7) 大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。

必修項目 救急医療の現場を経験すること

(2) 予防医療

予防医療の理念を理解し、地域や臨床の場での実践に参画するために、

- 1) 食事・運動・休養・飲酒・禁煙指導とストレスマネジメントができる。
- 2) 性感染症予防、家族計画を指導できる。
- 3) 地域・産業・学校保健事業に参画できる。
- 4) 予防接種を実施できる。

必修項目 予防医療の現場を経験すること

(3) 地域保健・医療

地域保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 保健所の役割（地域保健・健康増進への理解を含む。）について理解し、実践する。
- 2) 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。
- 3) 診療所の役割（病診連携への理解を含む。）について理解し、実践する。
- 4) へき地・離島医療について理解し、実践する。

必修項目

へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等の地域保健・医療の現場を経験すること

(4) 周産・小児・成育医療

周産・小児・成育医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。
- 2) 周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。
- 3) 虐待について説明できる。
- 4) 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。
- 5) 母子健康手帳を理解し活用できる。

必修項目 周産・小児・成育医療の現場を経験すること

(5) 精神保健・医療

精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 精神症状の捉え方の基本を身につける。
- 2) 精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。
- 3) デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。

必修項目 精神保健福祉センター、精神病院等の精神保健・医療の現場を経験すること

(6) 緩和・終末期医療

緩和・終末期医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 心理社会的側面への配慮ができる。
- 2) 基本的な緩和ケア（WHO方式がん疼痛治療法を含む。）ができる。
- 3) 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。
- 4) 死生観・宗教観などへの配慮ができる。

必修項目 臨終の立ち会いを経験すること

(参考資料3)

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会委員名簿

氏名	所属・役職
あいかわ なおき 相川直樹	慶應義塾大学教授
いいぬま まさお 飯沼雅朗	日本医師会常任理事
おおはし としお 大橋俊夫	信州大学医学部長
さいとう ひでひこ ○齋藤英彦	名古屋セントラル病院長
しのざき ひでお 篠崎英夫	国立保健医療科学院長
とみなが よしのり 富永芳徳	公立甲賀病院長
ながお たくお 長尾卓夫	医療法人恵風会理事長
にしざわ ひろとし 西澤寛俊	特別医療法人恵和会西岡病院理事長
やざき よしお 矢崎義雄	独立行政法人国立病院機構理事長
やまぐち てつ 山口徹	国家公務員共済組合連合会虎の門病院長
やました ひでとし 山下英俊	山形大学医学部附属病院長
よしだ おさむ 吉田修	奈良県立医科大学学長

○印は部会長

(五十音順)

審議経過

平成18年12月15日

- 指定基準の経過措置に関する検討
- 平成17年度「臨床研修に関する調査」報告の概要
- 医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議一次報告 [文部科学省]

平成19年 2月 5日

- 関係者からのヒアリング

平成19年 2月22日

- 関係者からのヒアリング

平成19年 4月20日

- 医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議最終報告 [文部科学省]
- 医師の臨床研修についての検討委員会における議論 [日本医師会]
- 論点の洗い出し (フリートーキング)

平成19年 5月25日

- 関係者からのヒアリング

平成19年 6月28日

- 関係者からのヒアリング
- 論点整理 (フリートーキング)
- 研修医の募集定員について

平成19年 9月 6日

- 平成18年度「臨床研修に関する調査」報告の概要
- 報告書骨子 (素案) について

平成19年11月 1日

- 報告書 (案) について

平成19年12月10日

- 報告書 (案) に関する国民からの意見について
- 報告書 (案) について