

厚生労働省説明

「シームレスな医師養成について」

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室長

野口 宏志

厚生労働省の野口でございます。私から、「シームレスな医師養成について」ということで、大きく2つ、先ほどちょっと触れていただきました共用試験の関係のお話と、あと、臨床研修制度の話について、既に経緯の内容も含まれますので、御存じの部分はあるかと思いますが、おさらいも含めて、少し御説明させていただければと思います。よろしくお願いします。

まず、次のページをお願いいたします。これはシームレスな医師養成の全体像で、よく使われる資料でございますけれども、御存じのとおり、卒前の医学部の6年間の教育、それから、卒後の臨床研修などがございますけれども、卒前・卒後の医師養成を、医療現場を中心として一貫して行っていくということを、我々シームレスな医師養成と呼んでおりますけれども、この重要性は以前から言われているところでございます。

特に厚生労働省においては、医学部の臨床実習について、診療参加型の臨床実習を充実していきたいということを文部科学省とも連携しながら進めておりまして、その一環として、皆さん御存じのとおり、令和5年度から共用試験の公的化を行っているというところがございます。また、臨床研修の部分についても令和2年度から必修科を増やすなどの見直しを行ってきているところでございます。

ここから先は経緯なのでおさらいになります。御存じのところがあるかと思いますが、特に公的な経緯については、やはり医師法の中で、医師でなければ医業をしてはならないと規定されているところでございますけれども、一方で、医師免許がない医学生について、医行為を行う、診療に参加する場合は、これまでもその違法性がないということがある程度解釈としては示されたところではあったのですけれども、やはり法令上の位置づけがないと、診療参加型臨床実習が進まないというような指摘はこれまで過去されてきたところがございます。

飛ばしていただいて、4ページに行ってくださいてもよろしいでしょうか。様々、関係者から御要望とかお声もいただきながら、医道審議会のほうで令和2年に議論いただきまして、この中で、診療参加型臨床実習を充実させるために、共用試験を公的化する、また、共用試験に合格した医学生の医行為を法的に位置づけるということが提言されたところでございます。

次のページに行ってくださいまして、これを踏まえて、令和3年5月に医師法が改正い

たしまして、共用試験を医師国家試験の受験資格とする。共用試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができるということが明確になっております。具体的な条文などはその次のページに載せさせていただいておりますけど、後ほど御覧いただければと思います。

それに基づいて次が7ページに行っていただけますでしょうか。具体的な公的化後の共用試験の在り方については、これは医道審議会の中に医学生共用試験部会という部会を立ち上げまして、その中で御議論いただきました。令和4年5月に、大きな方向性、そこに挙げられているような合格基準の在り方とか、受験機会の確保の在り方とか、OSCEの在り方、不正行為への対応の在り方等々、大きな柱の部分について、受験者間の公平性とか診療参加型臨床実習の充実を図るという観点から意見をまとめていただきまして、これを踏まえて、次のページに行っていただけますでしょうか。厚労省のほうで、厚生労働省令、告示、こういったものを定めました。

省令において共用試験は厚労大臣が指定する機関が実施するとされておりまして、これについては、令和5年に、CATOのほうに共用試験実施機関として指定させていただいたというのが全体としての流れ、おさらいでございました。これに基づいて、令和5年度から法定化された共用試験を各大学に実施していただいているところかと思います。本当に関係、大学の皆様には大変御苦勞いただき、ありがとうございます。

これの中で、先ほど一枚前のスライドでも大きな方向性を示しておりましたけれども、幾つか引き続き検討すべきこと、もしくは現場の実態も踏まえて、在り方をさらに考えていくべきことというのがございましたので、昨年10月、また、改めて共用試験部会を開きまして、そこで審議させていただきました。ページで言うと9ページの資料を御覧いただければと思います。特にOSCEの在り方について幾つか、令和7年度以降の共用試験の在り方ということで、部会のほうで御意見いただきまして、意見としてまとめさせていただきました。

そこにありますように、マル1番の課題については、大学の環境が整うまでに、そこにありますような8課題を実施するというのを基本とするという形でございます。ただし、各大学の状況において、さらに実施したいという場合は、9課題、10課題も可とするというのが方針として示されました。また、評価の体制についても、先ほど少し言及いただきましたけれども、原則として1試験室に認定評価者、内部評価者1名での担当を可とするという原則を示させていただきました。また、外部評価者については、課題ごとに1名派遣ということも示させていただきました。

それから、模擬患者についても、これまでも医療面接模擬患者については、現状としてまだまだ認定の状況、様々ございますので、未認定であっても、一定の条件を満たす場合は担当することを可とするなど柔軟な運用を引き続き進めていくこと。あと、身体診察模擬患者についても医学生の活用については、きちっと運用面の工夫をしていただくことを条件としつつ、医学生も可とするということ。その場合、公平性を期す観点から低学年で

実施することを推奨するということを示させていただきました。

また、各大学で、教育的観点から模擬患者として関わっていただいている方々、こういった方々についても、その大学での OSCE の模擬患者として、医療面接模擬患者として担当いただくことについては許容しようという方針を出させていただきました。

併せて、評価者、それから、模擬患者の養成・認定に関しても、引き続き可能な限りの負担軽減に取り組んでいきたいと思いますということもお示しさせていただいたところでございます。こういった方針を国の審議会のほうで示させていただいた上で、CATO のほうでそれを踏まえていろいろマニュアル等まとめていただきながら、今令和 7 年度以降、取組を進めていただいているところかと思えます。

先ほどありましたように、この取組、まだ公的化されて、それほど時間もたっておりませんので、より適切な運用の仕方については、様々な御意見もいただきながら、我々としても引き続き検討してまいりたいと思っているところでございます。

共用試験関係では以上でございまして、次からは臨床研修でございます。ここはあまり大きなトピックはないのですが、改めて少し現状を御説明させていただきたいと思えます。

このページは、皆さん、よく御存じのとおり、これまでの経緯でございます。平成 16 年度に臨床研修が必修化されて、その後、大体おおむね 5 年ごとに制度の見直しがなされてきているところでございます。大きな見直しとしては、令和 2 年度の見直しがございます。

次のページに行っていただけますでしょうか。幾つかございますけれども、大きなところというか、シームレスな関係で申し上げますと、医学教育モデル・コア・カリキュラムと、整合的な到達目標、攻略評価を作成して実施をしているというところがあるかと思えます。それ以外にもいろいろ必修科を増やすなど、様々な取組をしているところで、具体的には次のページ、12 ページに載せさせていただいておりますので、これも時間あれば御覧いただければと思います。

13 ページからは、令和 2 年の 5 年後ということで、令和 7 年は今年度から、新たな見直しを含めた研修ということで実施しておりますが、それについては、令和 5 年度に、国の臨床研修部会で報告書を取りまとめております。ポイントとしては、一つは、この令和 2 年に改定をしました到達目標・方略・評価、これについてどうするかというのがございましたけれども、ここについてはまだ制度が改正されてからそれほど時間がたっていない、まだまだ評価が困難というところがありますので、到達目標や方略・評価の改定は、7 年度の見直しでは行わないということを示させていただいているところでございます。それ以外にも、基幹型臨床研修病院の指定基準の緩和でありますとか、小児科・産科特別プログラムを、内容面では充実しつつ、各県の事情に応じてほかの診療科へのプログラムに切替えが可能なような柔軟な運用もさせていただいているところでございます。

次のページ、よろしいでしょうか。ほかにも、第三者評価、これもなかなか義務化は難

しいというところはありませんけれども、一定推進していくということで、努力義務規定を省令に設けるなどの取組をしております。

また、4 番目の地域における研修機会の充実ということで、医師偏在是正に資するような観点も踏まえながら研修を充実させていくということで、これは令和 8 年度から、そこにありますような広域連携型プログラムということで、医師多数県の一部の県から医師少数県の一部の県に対して、半年程度、研修に行ってくださいようなプログラムを新たに作るということで、今まさに関係する病院でプログラムをつくっていただきながら、令和 8 年度に向けて取組を進めていただいているという状況でございます。

我々としても文部科学省と引き続き連携しながら、共用試験、それから、臨床研修に関する取組を続けていければいいと思っております。

私の説明は以上でございます。

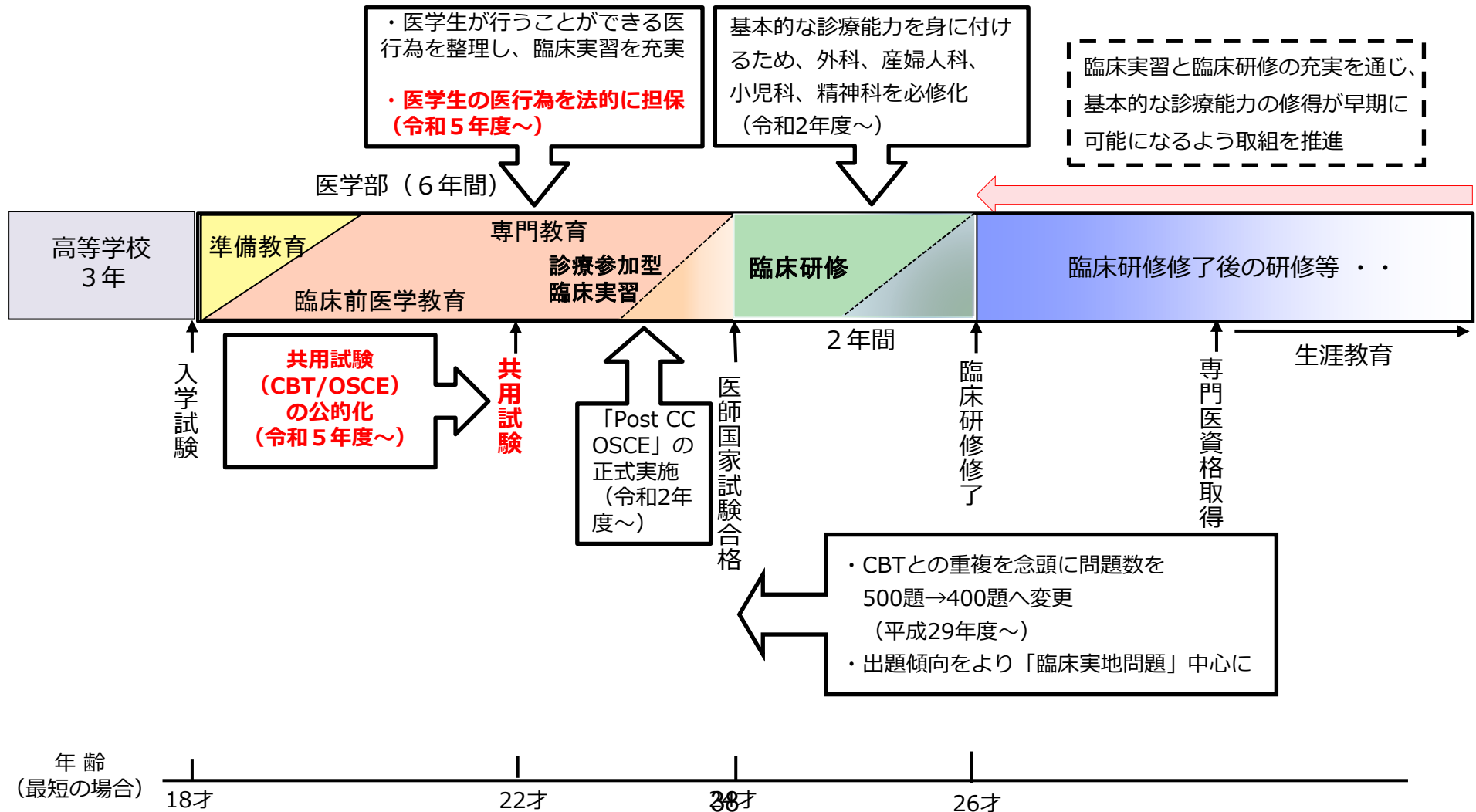
シームレスな医師養成について

令和7年7月16日 令和7年度医学・歯学教育指導者のためのワークショップ

厚生労働省 医政局医事課
医師臨床研修推進室

シームレスな医師養成に向けた取組

卒前・卒後の医師養成を、医療現場を中心として一貫して行う（シームレスな医師養成）ため、各種の取組を進めているところ。

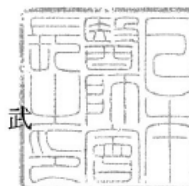


日本医師会及び全国医学部長病院長会議からの提言（平成30年5月）

卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言

公益社団法人 日本医師会

会 長 横 倉 義 武



一般社団法人 全国医学部長病院長会議

会 長 新 井



医学部卒前教育における学生の到達目標を「患者の全身を診ることができ、病態を理解し緊急対応を含め必要な措置がとれること」とし、これを臨床研修、専門医研修へとシームレスに繋げるために以下の提言をする。

1. 共用試験（CBT, OSCE）を公的なものにする。
2. 診療参加型臨床実習の実質化を図り、Student Doctorとして学生が行う医行為を法的に担保する。
3. 国家試験を抜本的に見直す。すなわち、国家試験への出題は診療参加型臨床実習に則したものに限定し、CBTとの差別化を明確にする。
4. 1～3が確実に実施されれば、必然的に臨床研修のあり方も大きく変革しなくてはならず、臨床研修を卒前教育・専門医研修と有機的に連動させるべくその内容を見直す必要がある。

附 則

（検討）

第二条 政府は、医療の分野における国民の需要が高度化し、かつ、多様化している状況においても、医師がその任務を十分に果たすことができるよう、学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する大学（附則第八条第一項において単に「大学」という。）が行う臨床実習をはじめとする医学に係る教育の状況を勘案し、医師の資質の向上を図る観点から、医師法の規定について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後三年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとする。

シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて

医道審議会医師分科会 報告書 概要 (令和2年5月)

- 従来より卒前教育と卒後教育は分断され、連続性が乏しいと評されてきたが、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、プロフェッショナリズム教育の重要性が増していることなどから、**卒前教育においても医学生が診療に参加し、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識**されてきた。
- 医学生が診療チームの一員として診療に参加する診療参加型臨床実習の充実のため、**医学生の質の担保とその医行為について法的な位置付けが重要**。
- 今回は、**(1)共用試験CBTの公的化、(2)共用試験臨床実習前OSCEの公的化、(3)いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ**について検討した。

(1) 共用試験CBTの公的化

- ・全大学で実施され、項目反応理論などの**問題の精度管理の手法や評価手法が確立**している。
- ・医学教育でその位置付けは確立されており、医師国家試験の受験要件とする等による**公的化に相当する試験**である。

(2) 共用試験臨床実習前OSCEの公的化

- ・現状の**医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会として確立**している。
- ・臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは極めて重要であり、**共用試験CBTとともに公的化すべき**である。
- ・模擬患者が重要な役割を果たしており、全国的に取り組む組織の創設や模擬患者に対する研修体制の整備などの検討が必要。

(3) いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ

- ・臨床実習開始前の**共用試験を公的化することで**、一定の水準が公的に担保されることから、実習において医行為を行う、**いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが可能**となる。
- ・実施する行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべき。

共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけによる影響

(1) 医学教育への影響

- ・臨床実習の**診療参加型化の促進**につながる。

(2) 医学生(医師)個人への影響

- ・手技等を経験する機会が増加し、手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果により、**診療科偏在是正に対する効果**が期待される。
- ・臨床研修における負担が一部軽減され**医師の働き方改革にも資する**ことが期待される。

(3) いわゆるStudent Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等

- ・**同意を患者から得られやすくなる**ことで、診療参加型臨床実習が促進される。
- ・将来的に患者理解が進んだ場合、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく、診療参加型実習において行うことを可能となることが望ましい。

(4) 地域における実習と地域医療への影響

- ・主体性を持って**地域医療を体感することで、将来のキャリアに良い影響**が与えられる。
- ・各養成課程の中で**現状よりも地域に貢献することが可能**となる。

他の診療参加型臨床実習の充実のための取組

(1) 患者の医育機関等へのかかり方

患者自身も共に医師を育てる認識に基づいた、患者の協力が不可欠であり、下記の点を国民に広く周知する取り組みを行う必要がある。

- ・**いわゆるStudent Doctorが共用試験に合格し、診療参加型の臨床実習を行うに足る学生であること**。
- ・**大学病院はその設置目的に医学生の育成が盛り込まれていること**。
- ・将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保のため、大学病院以外の医療機関で臨床実習が行われること。

(2) 診療参加型臨床実習の指導体制

- ・**教員等が十分に学生教育に時間を充てることができ、また評価される必要がある**。
- ・臨床研修医や専攻医も屋根瓦式に医学生への指導を積極的に行うことが望ましい。

(3) 医学生が加入する保険

- ・医学生を保護する観点から**強く推奨**されるべき。

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要（令和3年5月28日公布）

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【令和3年4月1日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

改正後の医師法の条文

第十一条 医師国家試験は次の各号のいずれかに該当する者でなければ、これを受けることができない。

一 大学において、医学の正規の課程を修めて卒業した者（大学において医学を専攻する学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を具有しているかどうかを評価するために大学が共用する試験として厚生労働省令で定めるもの（第十七条の二において「共用試験」という。）に合格した者に限る。）

二・三 （略）

2 厚生労働大臣は、前項第一号の厚生労働省令の制定又は改正の立案をしようとするときは、医道審議会の意見を聴かなければならない。

第十七条の二 大学において医学を専攻する学生であつて、共用試験に合格したものは、前条の規定にかかわらず、当該大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下に、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために医業（政令で定めるものを除く。次条において同じ。）をすることができる。

（附帯決議：衆議院）

六、医学部教育と臨床研修を切れ目なくつなぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に則した技能修得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討すること。

（附帯決議：参議院）

十四、医学部教育と臨床研修を切れ目なくつなぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に則した技能修得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討すること⁴³

公的化後の共用試験に関する意見

（令和4年5月 医道審議会医師分科会医学生共用試験部会）の概要

- 共用試験はCBTとOSCEで構成される、臨床実習を開始する前の医学生能力を測る試験であり、公益社団法人共用試験実施評価機構が実施。医学部を置く全大学が活用
- 医師分科会は、令和2年5月、卒前・卒後のシームレスな医師養成に向け、共用試験の公的化と医学生の医行為を法的に位置づけることを提言
- 令和3年5月に医師法が改正され、厚生労働省令で定める共用試験に合格した医学生は、臨床実習において医業をすることができることとするとともに（令和5年4月施行）、共用試験の合格を医師国家試験の受験資格要件化（令和7年4月施行）
- 本意見は、公的化後の共用試験の在るべき姿について、現在の試験内容や大学の実施体制等を踏まえつつ、試験の公正性及び受験者間の公平性を確保するとともに、診療参加型臨床実習の充実を図る観点から検討したもの

（1）合格基準の設定の在り方

- ・全大学の受験者に共通して適用される統一合格基準を設定。試験実施主体が行う合否判定に対する異議申立て制度を整備

（2）受験機会の確保の在り方

- ・全大学において、本試験を受験できなかった者及び本試験で不合格となった者を対象とした試験を1回実施
- ・受験上の配慮を希望する受験者に対し、障害や疾病等の状態に応じて配慮

（3）OSCEの在り方

①課題の数及び種類

- ・各大学における課題の数及び種類を統一。令和5年度からは8課題を実施。令和7年度までに10課題を実施することを検討

②評価の体制

- ・評価者養成の取組の充実、認定を受けた者を評価者としてすること等により、評価者の能力を向上させるとともに評価の質を保証。令和7年度までに各試験室に外部評価者を配置することを検討

③模擬患者

- ・（医療面接）模擬患者養成の取組の充実、認定を受けた者を模擬患者としてすること等により、模擬患者の能力を向上させるとともに医療面接の質を保証
- ・（身体診察）令和7年度までに、医学生が模擬患者を担当することの是非を検討
- ・令和7年度までに、各大学の実習等で医学教育に携わる者が、模擬患者を担当することの是非を検討

（4）不正行為への対応の在り方

- ・不正行為が疑われる事案については、事実確認の上、不正行為の性質に応じて適切に対応。受験者に異議申立ての機会を付与するなど、事実確認は慎重に実施

- 国及び試験実施主体は、共用試験実施に伴う大学の負担軽減に努めることが必要
- 国においては、患者・国民や医学生の指導監督を行う者に対する、医師法改正の趣旨の周知が必要
- 令和5年度以降も、実施状況や関係者の意見等を踏まえ、共用試験の不断の改善及びこれに伴う大学の負担を軽減するための方策の検討が必要

令和5年度からの共用試験の公的化について

- 「公的化後の共用試験に関する意見」を踏まえ、令和4年11月1日に、厚生労働省令及び告示を公布。
厚生労働省令では、
 - ①共用試験は、厚生労働大臣が指定する機関（共用試験実施機関）が実施するものとし、指定は申請により行うこと
 - ②具体的な指定の要件は告示で定めること等を規定。
- 本省令に基づき、令和5年2月2日に、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構を共用試験実施機関として指定した。
- 令和5年度から、公的化された共用試験が各大学において実施されている。

令和7年度以降の共用試験に関する意見 (令和6年10月 医道審議会医師分科会医学生共用試験部会)の概要

○「公的化後の共用試験に関する意見」（令和4年5月 医道審議会医師分科会医学生共用試験部会）において「共用試験については、公的化される令和5年度以降も、その実施状況や客観的な根拠、大学その他の関係者の意見等を踏まえた不断の改善及びこれに伴う大学の負担を軽減するための方策の検討が必要」とされていることから、本部会において、令和5年度共用試験の実施状況を踏まえて検討を行い、令和7年度以降の共用試験に関する意見を述べたもの

<OSCEの在り方>

①課題の数及び種類

- ・大学の環境が整うまで8課題（「医療面接」「頭頸部」「腹部」「神経」「胸部」「全身状態とバイタルサイン」「基本的臨床手技」及び「救急」）を実施する。但し、各大学の状況に応じて更にOSCEを実施したいという場合は、9課題又は10課題の実施も可とする。

②評価の体制

- 各大学での持続可能な実施を担保する観点も考慮し、以下を原則とする。
 - ・1試験室ごとに認定評価者である内部評価者1名での担当を可とする。
 - ・外部評価者については、課題ごとに1名を配置する。外部評価者が担当する試験室は、内部評価者（認定評価者）も配置する。

③模擬患者

（ア）医療面接模擬患者について

- ・未認定の者であっても一定の条件を満たす場合は担当することを可能とするなど、柔軟な運用とする。

（イ）身体診察模擬患者における医学生の活用について

- ・公正性確保のための運用面の工夫を行うことを条件に医学生も可とする。その場合、より公正性を確保する観点から低学年（1・2年生）が実施することを推奨する。

（ウ）模擬患者の確保、有効活用について

- ・試験の公正性にも配慮しつつ、教育用医療面接模擬患者が実習等に携わった大学でOSCEの医療面接模擬患者を担当すること自体については、特段条件を付さず許容する。

④評価者・模擬患者の養成・認定に係る負担軽減について

- ・評価者・模擬患者の養成・認定に係る負担の軽減に引き続き取り組む。

医師臨床研修制度の経緯

医師臨床研修制度については、平成16年度の必修化以降、概ね5年ごとに見直しを行ってきた。
現在は令和2年度からの制度の下で研修を実施しており、次は令和7年度研修から新たな制度の下での研修が開始される予定である。

- ・ 昭和21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）

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）

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＞

○医師法第16条の2

診療に従事しようとする医師は、2年以上、都道府県知事の指定する病院又は外国の病院で厚生労働大臣の指定するものにおいて、臨床研修を受けなければならない。

○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第2条

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。

- ・ 制度の見直しを検討（平成20年9月～）

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 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 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24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見直し（令和2年度研修から適用） ～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修得のため、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

- ・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. 到達目標・方略・評価

- ・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修得
- ・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

- ・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**
 - ・改善がみられない病院は指定取消の対象へ
 - ・課題があ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

- ・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

「臨床研修の到達目標、方略及び評価」（令和2年度研修から適用）

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）救急（12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）地域医療（4週以上）を必修

- ・一般外来（4週以上）での研修を含む（他の必修分野等との同時研修を行うことも可）
- ・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
- ・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

経験すべき疾病・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

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

- ・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、プログラム責任者又は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

臨床研修の目標の達成度判定票

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

医師臨床研修制度の見直しについて（令和7年度研修から適用） ～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修得のため、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基幹型臨床研修病院の指定基準、②小児科・産科特別プログラム、③第三者評価、④地域における研修機会の充実等について見直し

●到達目標・方略・評価

- ・令和2年度から医学教育モデル・コア・カリキュラムと統合的な到達目標・方略・評価を作成した。

○現時点では、「臨床研修の到達目標、方略及び評価」に基づく臨床研修が開始されてから十分な期間が経過しておらず、その評価が困難であることから、今回の制度見直しにおいては、「**臨床研修の到達目標、方略及び評価**」は改訂しないこととすることが適当。

①基幹型臨床研修病院の指定基準（年間入院患者数3,000人以上）

- ・臨床研修省令において、基幹型臨床研修病院の指定基準として「臨床研修を行うために必要な症例があること」を規定し、省令の施行通知において「入院患者の数については、年間3,000人以上であること」としている。
- ・平成27年度からは、この基準を満たさない病院であっても、入院患者の数が年間2,700人以上である場合には、実地調査の結果、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と認められる場合には、基幹型病院として新規に指定できることとしている。
- ・本取扱いについて、離島に所在する病院を基幹型病院として指定することを希望する地方自治体から、緩和の要望が寄せられたところ。

○**年間入院患者数2,700人未満の病院**については、以下をいずれも満たす場合に限り、**基幹型病院として指定することができる**ものとするが適当。

- ・離島のみで構成され、かつ、基幹型病院が存在しない二次医療圏に所在している病院であって、当該二次医療圏内において、年間の入院患者数及び救急患者数が最大のものであること。
- ・都道府県知事が行う実地調査等により、適切な指導体制が確保され、かつ、臨床研修の到達目標を達成するために必要な症例が確保されているなど、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こと。

②小児科・産科特別プログラム

- ・平成22年度から、募集定員が20人以上の基幹型病院は、将来小児科医又は産科医になることを希望する研修医を対象とした小児科・産科特別プログラム（募集定員各2人以上）を必ず設置することとしている。

○小児科・産科特別プログラムにおいて実施すべき**小児科又は産婦人科における研修の週数については12週以上とすること**。

○募集定員が20人以上の基幹型病院は、小児科・産科特別プログラムを設置することを原則としつつ、**必修診療科のうち**当該病院が所在する都道府県において**医師が不足している診療科の研修を重点的に行う研修プログラムへの変更を可能とすること**。当該変更については、各都道府県が、各病院の意向、地域医療対策協議会の意見等を踏まえ、決定するものとする。

医師臨床研修制度の見直しについて（令和7年度研修から適用） ～医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告（概要）～

③第三者評価

- ・省令の施行通知において、基幹型臨床研修病院は「第三者による評価を受け、その結果を公表することが強く推奨される」としている。
- ・平成30年報告書では、「今後の普及状況や第三者評価を行う実施機関の運用状況等に基づき、次回以降の見直しの際に、第三者評価を義務化することを前提とした検討を行うべきである」としている。

- 現段階において、**第三者評価の受審**を全ての基幹型病院に**義務付けることは困難**。
- 第三者評価の受審については、基幹型病院の判断に委ねることとするものの、より一層の受審促進を図る観点から、厚生労働省においては、当面、基幹型病院の半数程度が受審することを目標として、例えば、以下のような方策を講じることが適当。
 - ・**臨床研修省令**において、**第三者評価の受審及び受審結果の公表を努力義務として規定**すること。
 - ・医師臨床研修費補助事業により、第三者評価を受審し、受審結果を公表する基幹型病院に対してインセンティブを付与すること。
 - ・各都道府県が、基幹型病院に募集定員を配分する際に、第三者評価の受審状況を考慮するものとする。
- JCEPにおいては、評価の質の向上及び受審する病院の負担軽減を図るため、受審病院からの意見を踏まえ、以下の点を検討する。
 - ・訪問調査を行うサーベイヤの質及び人員の充実方策
 - ・4年間としている**認定期間の在り方**
 - ・各病院の規模や所在する地域等の差異を踏まえた**評価基準の在り方**

④地域における研修機会の充実

- ・医師少数県等12県の知事で構成される「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」は、臨床研修について、「地域の医療機関で研修する期間を、例えば半年程度確保できる制度に見直す」よう提言

- 研修医本人が希望することを前提として、このような研修が受けられる機会を創設することとし、**令和8年度以降**は、医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県は、当該都道府県の**募集定員上限の5%程度**及び激変緩和措置による加算分の一部を、医師の確保が困難な地域、例えば、医師中程度県（医師多数県及び医師少数県以外の都道府県をいう。）のうち採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域や、医師少数県のうち採用率が全国平均以下の都道府県に所在する協力型臨床研修病院において**24週程度の研修を行う研修プログラム（広域連携型プログラム）の募集定員に充てるものとする**。