

201424041A

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 福井 次矢

平成27（2015）年 3月

目 次

I. 総括研究報告

- 医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究 1
福井 次矢

II. 分担研究報告

1. 診療能力を踏まえた到達目標設定の在り方に関する研究 5
大滝 純司
2. 医師のプロフェッショナリズムを踏まえた到達目標の在り方に関する研究 39
野村 英樹
3. 医師養成全体の動向を踏まえた到達目標のあり方に関する研究 57
奈良 信雄
4. 到達目標の評価手法の標準化に関する研究 76
前野 哲博
5. 人口動態や疾病構造、医療提供体制の変化等を踏まえた到達目標の在り方に
関する研究 89
高橋 理

III. 研究班員名簿

- 研究班員名簿 240

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括研究報告書

研究課題：医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究

研究代表者 福井 次矢 聖路加国際大学 聖路加国際病院 院長

研究要旨：医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方については、平成16年度の必修化以降、見直しはされてこなかったが、平成25年12月にまとめられた医道審議会医師臨床研修部会報告書において、今回の改定（平成32年度研修より適用予定）時には、臨床研修の到達目標と評価について見直すことが提言されている。本研究は、到達目標と評価を見直す過程で必要になると考えられる情報を収集すること、そして見直しの議論を建設的かつ効率的に進めるうえで有用と考えられる具体的な提案を行うことを目的とする。

情報収集については、（１）到達目標とその評価に関して、プログラム責任者や指導医、研修医の意見を定性的方法と定量的方法の双方を用いて収集した。到達目標については「項目数が多すぎる」「研修理念と乖離している」「到達レベルが不明瞭」など、評価については「評価方法や評価のタイミングにばらつきがある」「十分できる、できるなどの段階評価と能力のマイルストーン法での評価との不一致」「経験ありの判断のばらつき」などの意見が挙げられた。（２）２年間の研修修了直前のアンケート調査では、平成22年の見直し以降、到達目標と臨床能力や経験症例との乖離が大きくなってきている。（３）医師養成過程の全体像の中で卒後臨床研修における到達目標の在り方を考えるため、卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験出題基準、卒後臨床研修到達目標の各項目に係る対応表を作成した。（４）研修理念に謳われている「人格の涵養」とも関わる医師のプロフェッショナリズムについては、日本医学教育学会倫理・プロフェッショナリズム委員会などにおける論点を整理した。（５）過去10年間の疾病構造の変化については、悪性腫瘍や心疾患、肺炎、アルツハイマー病、うつ病など増加が顕著である。

研究者間の意見交換では、到達目標とその評価を能力（コンピテンシー）、ルーブリック、マイルストーンなどの枠組みで新たに作成してはどうか、経験目標の在り方の再考、外来診療での能力の追加などの案が出ている。見直しに係る具体的な提案を行うための議論をさらに深める必要がある。

研究分担者

大滝 純司 北海道大学 大学院医学研究科 教授
野村 英樹 杏林大学 医学部 教授
奈良 信雄 東京医科歯科大学 医歯学教育システム研究センター 教授
前野 哲博 筑波大学附属病院 総合臨床教育センター 部長
高橋 理 聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター センター長

A. 研究目的

医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方については、平成 16 年度の必修化以降、見直しはされてこなかったが、平成 25 年 12 月にまとめられた医道審議会医師臨床研修部会報告書において、次回の改定（平成 32 年度研修より適用予定）時には、臨床研修の到達目標と評価について見直すことが提言されている。

本研究は、到達目標と評価を見直す過程で必要になると考えられる情報を収集すること（Ⅰ 到達目標・評価の見直しのための情報収集）、そして見直しの議論を建設的かつ効率的に進めるうえで有用と考えられる具体的な提案を行うこと（Ⅱ 見直しの提案策定に向けた議論）を目的とする。

B. 研究方法

Ⅰ 到達目標・評価の見直しのための情報収集

（１）到達目標とその評価の現状については、大学病院を含む臨床研修病院の研修プログラム責任者や指導医、研修医などを対象として、定性的方法（フォーカスグループインタビュー）と定量的方法（調査票を郵送ないし電子メールで配信）の双方を用いて情報収集を行った。

（２）到達目標と 2 年間の研修修了時の臨床能力や経験症例との乖離の有無は、平成 14 年度以降断続的に行われている臨床研修医アンケート調査の結果に基づいて判断した。

（３）医師養成過程の全体像の中で卒後臨床研修における到達目標を考える目的で、卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験出題基準、卒後臨床研修到達目標の各項目に係る対応表を作成した。

（４）医師のプロフェッショナルリズムについては、プロフェッショナルリズムの教育について検討している国内外の学術・職能団体の活動内容について

て情報の収集を行った。

（５）疾病構造の変化に関する推定は、わが国の人口動態（厚生労働省大臣官房統計情報部）のデータに基づいた。

Ⅱ 見直しの提案策定に向けた議論

本研究の研究代表者、研究分担者、研究協力者が参集して班会議が 5 回開催され、各時点までに収集された情報に基づいて、将来の見直しの議論に有用と考えられる提案の策定に向けて意見を交わした。

（倫理面への配慮）

研修プログラム責任者や指導医、研修医を対象とするフォーカスグループインタビューや調査票を用いた情報収集については、各研究分担者の所属施設において、研究倫理審査委員会の承認を得た。

その他の情報収集は、既存の公開データあるいは他の研究で行われたデータを用いるもので、倫理的な問題はない。

C. 研究結果

Ⅰ 到達目標・評価の見直しのための情報収集

（１）到達目標とその評価に関する意見

到達目標については、「項目数が多すぎる」「行動目標は評価しにくく形骸化」「経験ができないまま終わる目標がある」「研修理念と目標が乖離している」「研修医が目指す姿とのズレ」「社会的役割に関する具体的目標の欠如」「現実との乖離」「研修する診療科の基準（必修／選択）との不整合」「AB設定の意味や根拠が不明」「経験困難な項目の存在」などが指摘された。

評価については、「経験目標のチェックに終始している」「レポート提出で妥当な評価が可能か疑問」「行動目標の評価が困難」「外部施設での研修の評価が困難」「頻繁かつ継続的に評価することが困難」「研修を運営するインセンティブが理

念と異なる」、さらには「評価方法や評価のタイミングにばらつきがある」「十分できる、できるなどの段階評価と能力のマイルストーン法での評価との不一致」「到達したと判断する基準が不明」「経験ありの判断のばらつき」などの意見が挙げられた。

(2) 2年間の研修修了直前のアンケート調査では、平成22年の見直し以降、妊娠分娩の経験、小児喘息の経験などの達成率が低下した。基本的臨床知識・技術・態度の修得状況は、平成22年度以降も7分野のローテーションを必須としている継続プログラムの方が、弾力化されたプログラムよりも、評価された98項目中18項目で自信をもってできる割合が高かった。弾力プログラムで自信をもってできる割合が高い項目はなかった。経験症例数については、85項目中51項目で、継続プログラムの方が弾力プログラムよりも経験症例数が多かった。弾力プログラムで多い項目はなかった。

(3) 卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験出題基準、卒後臨床研修到達目標の各項目に係る対応表を作成したところ、到達目標のほとんどが卒前教育でのモデル・コア・カリキュラムに規定されており、また医師国家試験出題基準にも掲げられていた。

(4) 日本医学教育学会倫理・プロフェッショナルリズム委員会による『「医師の能力としてのプロフェッショナルリズム」の最終到達像と各節目における中間目標』では、プロフェッショナルリズムに、下記の7つの下位概念が設定されている。

- ①患者や生活者との関係における医師
- ②社会的使命への貢献
- ③医師に求められる道徳性
- ④多様な価値観の受容と公正性への配慮
- ⑤組織やチームのリーダー／メンバーとしての役割
- ⑥卓越性の追求と生涯学習
- ⑦自己管理とキャリア形成

そして、各下位概念について、医学部入学時、臨床実習開始時、医学部卒業時、臨床研修修了時という4つの節目における到達目標が記載されている。

(5) わが国における死因統計では、上位死因の死亡者数は（括弧内は平成14年に比較した平成24年の変化率）、悪性腫瘍（18.5%）、心疾患（30.4%）、肺炎（41.8%）、老衰（167.7%）が増加した。患者調査ではうつ病、アルツハイマー病、敗血症、老衰などの増加が著しい。

II 見直しの提案策定に向けた議論

研究班の会議では、下記のようなさまざまな意見が表明された。

①アウトカム評価を重視する

- ・研修終了時に到達すべき能力（コンピテンシー）として整理してはどうか

- ・目標と評価方法の整合性を高めることが望ましい

②医道審議会医師分科会報告書の方針を継承する。

- ・外来診療に必要な能力を組み込む

- ・卒前教育、専門研修との一貫性を保つ

③到達目標としての能力（コンピテンシー）を構造化する。

- ・上位目標を数～十数項目に整理してはどうか

- ・経験目標を下位目標として設定してはどうか

- ・項目ごとに達成度を判断する基準（ルーブリック）を定める

④経験目標を構造化する。

- ・経験のレベル（深さ）を具体的に設定する

- ・「経験した」とみなすのに最低限必要なレベルと望ましいレベルの2段階にしてはどうか

D. 考察

到達目標のほとんどが卒前教育でのモデル・コア・カリキュラムに規定されており、また医師国

家試験出題基準にも掲げられていることは、卒後臨床研修では、目標の高さが異なる（多くの場合、知識よりも実践が要求されている）ことを意味しており、マイルストーンと達成度を判断する基準（ルーブリック）を明示することにより、評価の方法と手順を標準化できるであろう。

到達目標を、現状の行動目標、経験目標という枠組みから、能力（コンピテンシー）という新たな枠組みで再構成するかどうかは、コンピテンシーという概念自体についての理解が研究者間でも微妙に一致していないため、さらなる議論が必要である。

現行の到達目標では項目数が多すぎることで、経験目標を行動目標と同列に扱うことには違和感があることの2点については大方の意見が一致していると考えられる。

疾病構造の変化を踏まえて、経験すべき疾病や症状などを再考し、外来診療に必要な能力を追加するためには、さらなる調査、意見聴取が必要となろう。

見直しに係る具体的な提案を行うための議論をさらに深める必要がある。

E. 結論

到達目標と評価について、新たな調査の結果や既存データの分析などにより、問題点と見直しに向けた課題・方向性が明確になってきた。

到達目標の項目数を減らすこと、行動目標と経験目標の関係性を再考することは必要であろう。

評価の標準化のためには、マイルストーンやルーブリックの導入が望ましい。しかしながら、到達目標の記載フォーマットを現行の行動目標から能力（コンピテンシー）の表現型に変えるかどうかについては、さらなる議論が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

分担研究課題：診療能力を踏まえた到達目標設定の在り方に関する研究

研究分担者 大滝 純司 北海道大学 大学院医学研究科 教授
研究協力者 川畑 秀伸 北海道大学 大学院医学研究科 准教授
武富 貴久子 北海道大学 大学院医学研究科 学術研究員

研究要旨：医師の卒後初期臨床研修制度における、診療能力を踏まえた到達目標の具体的な在り方と適用の妥当性について検討するために、研修医の診療能力の実態、現在の目標の過不足など、到達目標の構成に関する問題点を把握することを目的として調査研究を行った。調査は、現行の新医師臨床研修制度を研修医あるいは指導医として経験した医師20名を対象とし、質的研究方法であるフォーカスグループインタビューを用いて行った。臨床研修に関する多様な意見や現状に関する情報を収集することができた。インタビューで得られた内容をテキスト化し、内容分析法及び記述分析法により分類した。インタビューの内容は、「到達目標」、「評価」、「制度評価」の3つの大項目に分類できた。各大項目に分類された内容は「ポジティブ」、「ネガティブ」、「その他」の中項目に整理した。この分析結果を基に論点整理を試みた。今後の制度見直しの基礎資料として活用が期待される。

A. 研究目的

医師の卒後初期臨床研修制度（以下、臨床研修）の到達目標と評価の在り方については、平成 16 年度に臨床研修の必修化が開始されて以降、特に変更されていないが、平成 25 年 12 月にとりまとめられた「医師臨床研修部会報告書」（資料 1）にあるように、次回の改定（平成 32 年度研修より適用予定）での見直しが予定されている。

臨床研修に関するこれまでの調査や研究の報告によれば、診療能力の状況についてはある程度の知見が得られている。しかし、現行制度の到達目標の各項目や評価手法の体系的な分析、見直しに向けての具体的な分析等については、十分に行われているとは言い難い。

医師臨床研修部会報告書における『「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である』等の指摘を踏まえ、本研究では、研修医が基本的な診療能力

の修得するための制度であるという観点に立ち、研修方略、評価との関係や社会背景等の状況等を鑑みつつ、現行の臨床研修の到達目標の在り方について見直す際の基礎的資料となるデータの収集および分析を行った。

B. 研究方法

研究デザイン：従来から実施されてきたアンケート調査では把握することが比較的困難な、多様な論点についてグループダイナミクスを活用して広く深く意見を収集し整理するために、代表的な質的研究方法のひとつであるフォーカスグループインタビュー（Focus Group Interview：以下、FGI）^{1,2)}による観察研究を実施した。

FGI の計画：各 FGI の司会者（以下、インタビュアー）1 名は、インタビュー対象者と雇用関係や指導関係等の利害関係のない研究者が担当することにした。インタビュー対象者の構成は、1 グループあたり、6-8 名、全体で 3-4 グループ、

合計 20 名程度を想定した。同一の研修施設から複数がインタビュー対象者になる場合は、互いに別のグループに分けることにした。インタビューの長さはおよそ 1 時間とした。

インタビュー対象者のリクルート：平成 16 年度以降の新医師臨床研修制度のもとで研修し修了した卒後 3 年～10 年目医師（以下、若手医師）、および新医師臨床研修制度と旧制度の双方で研修医を指導した経験がある卒後 15 年前後の医師（以下、ベテラン医師）を各グループにそれぞれ 3-4 名ずつ振り分けることにした。

対象者の抽出は理論的サンプリングを基本としたコンビニエントサンプリングを行った。具体的には、この FGI で建設的な意見が得られることが期待できると推測されるインタビュー対象者候補を研究班内で検討し、約 40 名の名簿を作成した。その中から、性別、臨床の専門領域、所属している研修施設の種類と規模、その所在地を参考に、参加者の背景が多様になるよう配慮しつつ、順次、個別に調査への協力の依頼と日程調整を行った。

通信媒体及び記録方法：参加者間の日程調整を容易にするために、この FGI では原則としてインターネット電話（Skype）を利用した。このため、インターネット回線に接続された Web カメラ付パーソナルコンピュータとマイクあるいはヘッドセットが利用できる環境を準備するよう各参加者に依頼し、必要に応じてそれらの準備に関する助言などの支援を行った。

この環境を整えることが困難な場合は、例外的に電話による個人インタビューを、FGI と同様の内容で実施することにした。

これらのインタビューの内容は、複数の音声記録装置を利用し電子データとして保存した。

インタビューの進め方：おおよその話題を指定し、それらを起点として比較的自由に会話することを促す、いわゆる半構造化面接法による進行とし

た。事前にインタビューガイドを作成し、主な質問は、1) 臨床研修の到達目標について、2) 臨床研修の評価について、3) 現在の臨床研修制度のよい点と改善すべき点について、とした。

分析方法：収録した音声データをテキストに起こし、内容分析法及び記述分析法¹⁾に従い、コーディング、カテゴリ化を行い、現状の課題の特定を試みた。

一次分析では、3 名の研究者が分担して、逐語記録の中から重要な内容を抽出し、抽象化などの言い換えによりコード化（以下、小項目）した。

二次分析では、一次分析で得られた小項目をその背景要因などを参考にしながら検討し、上位カテゴリ（大項目）を構築した。また、研究者間の議論により、小項目と大項目の中間的な区分（中項目）として、現行制度を含む臨床研修に対して肯定的な「ポジティブ」、否定的な「ネガティブ」、これらのどちらにも区分できない「その他」の項目群に整理した。これらのコード化と区分について、3 人の研究者で協議し、改変を繰り返した。

（倫理面への配慮）

北海道大学大学院医学研究科倫理審査の承認を得た（承認番号：医 14-048）。対象者からは書面による同意書を得た。

調査の個票データについては、法的に必要な手続きに基づき適正に処理を行った。参加者の個人識別はナンバーにより行い、個人の氏名や勤務先が特定できないように配慮した。回収したデータは研究者がデータを保管し、分析はネット回線に接続していないパソコンを用いて行った。インタビューは、前述したように、参加者への不利益が及ばない第三者を設定した。

C. 研究結果

インタビュー対象者のリクルート結果：インタビュー対象者候補の中から順次、個別に調査への協

力の依頼と日程調整を行った結果、22名に依頼した時点で20名のインタビュー対象者をリクルートできた。2名には業務や個人的事情で都合がつかないことが理由で、依頼できなかった。

インタビュー対象者の属性：若手医師8名、ベテラン医師12名をリクルートできた。その属性は、性別は女性3名、男性17名。卒後年数は、平均18.3年（範囲4-32年）。所属している研修施設の種類は、大学病院4名、大規模（500床以上）研修指定病院6名、中規模（200～499床）研修指定病院5名、小規模（199床未満）研修指定病院4名。その研修施設の所在地は、北海道、北陸各2名、東北、近畿各3名、九州4名、関東6名だった。

FGIの参加人数と回数：インターネット電話（Skype）を用いたFGIを計5回実施し、1回の参加人数は2名～5名だった。1名を対象とした電話インタビューを1回行った。

分析過程と結果：大項目としては「到達目標」、「評価」、「制度評価」の3つが構築された。それぞれの大項目を構成する項目を「ポジティブ」、「ネガティブ」、「その他」の中項目に区分した（表1）。

この表ではコード化したため、意見の内容はある程度抽象化されている。特徴的な意見のより具体的な内容の一部を以下に例示（『』内は実際の発言内容を示す）する。

新医師研修医制度導入から10年目となる現在、『慣れ』という要因も関与して、ある程度円滑な制度運営が定着している一方、『掲げられた目標に疑問が生じない』など、問題意識を持ちにくくなっていることを示唆する意見もみられた。

医療サービスの進歩に伴う『入院患者の変化』や『医療・検査技術の変化』を背景として、既存の目標が現実と乖離していることが指摘された。その一方で、今後の見直しに関しては、『先の制度変更のアウトカムや評価に基づくべき』という

意見も見られた。

「人格の涵養」、「医学医療の果たすべき社会的役割の認識」、「日常頻繁に遭遇する症候や疾病への対応」という三大理念をきちんと網羅することを前提として、『プライマリの導入』とともに『基本的臨床能力』『医師としての基本姿勢、態度』の涵養が初期研修のポイントとして挙げられた。

新医師研修医制度導入後の変化として、『目標設定や評価に対する新たな視点の獲得』『プログラム作成者としての経験』に基づく医学教育的視点の普及と効果が指導医の立場から語られた。その他、『卒前教育、初期研修、後期研修、専門医制度間の差別化や連続性をふまえた制度設計が望ましい』との意見が述べられた。

D. 考察

到達目標、評価、制度評価の項目別に論点整理を試みた。

1. 到達目標

1) 到達目標の内容の範囲と項目数

現状に対して「網羅的で妥当」「必要十分である」「到達可能である」という意見がある一方で、「項目数が多すぎる」という意見も多かった。

2) 目標を設定する効果

「リマインダー」「標準化」「コア」「プログラム作成」等の効果を指摘する意見がある一方で、「行動目標は評価しにくく形骸化」「経験ができないまま終わる目標あり」という意見もあった。

3) 研修理念と目標の関係

「プライマリケア能力の涵養は重要」と評価する意見が多い一方で、「研修理念と目標の乖離」「研修医が目指す姿とのズレ」「社会的役割に関する具体的目標の欠如」等の問題点が指摘された。

4) 目標項目の選定

「現実との乖離」「研修する診療科の基準（必修/選択）との不整合」「A B 設定の意味や根拠が不明」「経験困難な項目の存在」等の問題点が指摘された。

5) 目標の到達レベル

「到達したと判断する基準が不明」との意見が多かった。

6) 目標の認知度が低い

研修医、指導医、医学生に対する目標の周知について広報の必要性が指摘された。

2. 評価

1) 評価方法の偏り

「経験目標のチェックに終始」「レポート提出で妥当な評価が可能か疑問」「行動目標の評価が困難」「外部施設での研修の評価が困難」「頻繁かつ継続的に評価することが困難」等の問題点が指摘された。

2) 評価方法の工夫

「研修手帳」「EPOC」「レポート」「ポートフォリオ」「評価者の拡大（同僚、患者、他職者）」「振り返りとフィードバック」「Mini-CEX」の利用の他「ACGME の評価システム導入」等の工夫が行われていた。

3. 制度評価について

「全国共通の方針、コアとなる目標が明示」「研修支援体制が整備」と評価する意見がある一方で、「研修を運営するインセンティブが理念と異なる」等の問題点が指摘されていた。また、「制度やプログラムに対する評価」と「制度変更後の評価」の必要性も指摘された。

E. 結論

FGI により、臨床研修に関する多様な意見や現状に関する情報を収集し、論点整理を行った。今後の制度改定を検討する際の基礎資料として役立つものと思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

引用文献

- 1) 安梅勅江, ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法—科学的根拠に基づく質的研究法の展開, 医歯薬出版, 2001.
- 2) S. ヴォーン, J. シナグズ, J. S. シューム (著), 井下理 (訳) 他, グループ・インタビューの技法, 慶應義塾大学出版会, 1999.

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会
報告書

－医師臨床研修制度の見直しについて－

平成 25 年 12 月 19 日

目次

はじめに	1
1. 基本理念と到達目標について	
1) 基本理念	1
2) 到達目標とその評価	2
3) 臨床研修全体の研修期間	3
2. 臨床研修病院の在り方について	
1) 基幹型臨床研修病院の在り方	4
2) 臨床研修病院群の在り方	5
3) 研修プログラム（研修診療科及びその研修期間）	6
4) 必要な症例	7
5) 指導・管理体制	9
6) 第三者評価	10
7) 中断及び再開、修了	11
8) 研修医の処遇の確保・キャリア形成支援	12
9) 制度運用上の問題	13
3. 地域医療の安定的確保について	
1) 臨床研修制度と地域医療との関係	14
2) 募集定員の設定	15
3) 地域枠への対応	17
4) 都道府県の役割	19
4. その他	
1) 研究医養成との関係	20
2) 医師養成全体との関係	21
おわりに	23
別添1：委員名簿	24
別添2：審議経過	25

はじめに

- 現在の医師臨床研修制度は、平成 12 年の医師法の一部改正により平成 16 年度から導入され、「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（厚生労働省令）」との基本理念の下、従来の努力義務から必修化する形で研修が開始された。
- 平成 21 年には、制度の必修化後の状況に関する関係者の意見を踏まえ、研修プログラムの弾力化、基幹型臨床研修病院（以下、「基幹型病院」という。）の指定基準の強化、研修医の募集定員の見直し等が行われ、平成 22 年度研修から適用されており、まもなく必修化後 10 年になろうとしている。
- 今回の制度の見直し（平成 27 年度研修から適用見込み）については、前回の制度見直しにおいて、その施行後 5 年以内に見直しを行うこととなっていたこと等を踏まえ、臨床研修の実施状況や地域医療への影響等に関する実態を把握し、論点を整理することを目的として設置された「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」において論点整理（平成 25 年 2 月とりまとめ）を行った上で、その論点整理を踏まえ、平成 25 年 2 月より、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、関係者からのヒアリング、研修医に対するアンケート調査等を参考に議論を重ね、今般、以下の報告書を取りまとめたところである。

1. 基本理念と到達目標について

1) 基本理念

<現状>

- 医師臨床研修制度の基本理念については、「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」（平成 15 年 12 月 11 日）において、「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。」とされている。

- 省令を受けて、「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」とさらに詳しく定義されている。

<課題>

- 基本理念は、制度の根幹となるものであり、引き続き社会情勢やあるべき医師像等を踏まえ、適切なものである必要がある。

<見直しの方向>

- 社会情勢やあるべき医師像等を踏まえ、医師が将来専門とする分野にかかわらず共通となる基本部分を身に付けるという意味で、「医師としての人格をかん養」「基本的な診療能力を身に付ける」等が盛り込まれた現在の基本理念は重要であり、堅持するべきである。
- なお、施行通知における「プライマリ・ケア」については、確立した定義はなく、医療提供体制や他の社会的要因、用いられる状況等に応じその解釈が異なり得るが、各臨床研修病院（以下、「研修病院」という。）において、医師が将来専門とする分野にかかわらず基本的な診療能力を身に付けるという観点を十分に踏まえつつ、研修を適切に実施することが求められる。

2) 到達目標とその評価

<現状>

（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」を参考にして、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。

（評価方法）

- 大学病院及び研修病院において、採用している研修医の評価方法は様々であり、「指導医による評価」「症例レポート」「コメディカルによる評価」の順に多く、「口頭試問」「実技試験（OSCE）」「患者による評価」等は少ない。

- 米国、英国、仏国の臨床研修制度においては、研修医、指導医、研修プログラムに対する評価が多角的に行われており、特に英国はインターネット（e-ポートフォリオ等）の活用が進んでいる。

<課題>

- 到達目標は、臨床研修制度必修化以降、基本的にその内容は変更されていないが、
 - ・ 急速な高齢化等による人口動態や疾病構造の変化、卒前教育や新たな専門医の仕組み等の医師養成全体の動向等に配慮すべきである
 - ・ 症例レポートは入院患者について提出することとなっているが、化学療法や手術等は外来での対応が増加していること等の状況があることから、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である
 - ・ 「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である
 - ・ 項目が細分化されており、何らかの簡素化が必要である等の指摘がある。
- 評価手法が各研修病院によって異なっていることにより、臨床研修修了者の到達度に差異が生じる可能性がある。

<見直しの方向>

- 到達目標については、臨床研修制度施行以降、基本的にその内容は変更されていないが、人口動態や疾病構造の変化、医療提供体制の変化、診療能力の評価、項目の簡素化等の観点から、その内容を見直す必要がある。
- 臨床研修の評価の在り方についても、各研修病院において採用している研修医の評価方法は様々であるため、何らかの標準化が必要である。
- なお、到達目標や評価手法については、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、医師養成全体の動向の中で、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験、新たな専門医の仕組みにおける各専門領域の目標等との連続性にも考慮しつつ、今次見直しではなく、次回見直しに向け、別途、臨床研修部会の下に検討の場を設けて見直すこととする。

3) 臨床研修全体の研修期間

<現状>

- 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。
-医師法 第16条の2第1項-
診療に従事しようとする医師は、2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。

<課題>

- 卒前教育と臨床研修制度の関係について、卒前教育において診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）が充実され、大学間の取組内容の標準化等がさらに進めば、臨床研修に関する期間も含めて所要の見直しもあり得るという指摘がある一方、医師免許の取得前後では医療現場における責任が異なること等から慎重な検討が必要であるという指摘もある。
- 研修の修了については、必ずしも特定の研修期間にこだわる必要はなく、十分な評価体制のもと到達目標を適切に達成することが重要であるとの指摘もある。

<見直しの方向>

- 臨床研修の基本理念や卒前教育等の状況、必修診療科の弾力化により個々の状況に応じた柔軟性あるプログラムも提供可能となっていること等を踏まえれば、現行の2年以上で差し支えないと考えられる。
- ただし、将来的には、卒前教育の充実や大学間の取組内容の標準化、到達目標や評価手法の見直し等の状況を踏まえ、現在の期間の見直しについて検討が望まれる。

2. 臨床研修病院の在り方について

1) 基幹型臨床研修病院の在り方

<現状>

- 現在、基幹型病院のみの基準としては、「基幹型病院において8月以上の研修の実施」「年間入院患者数3,000人以上」等の基準が設けられているが、その他の患者数等の基準については、基幹型病院のほか協力型臨床研修病院（以下、「協力型病院」という。）等を含めた臨床研修病院群（以下、「病院群」という。）における評価となっている。

<課題>

- 病院群における望ましい基幹型病院の在り方について、明確化が必要であるとの指摘がある。

<見直しの方向>

- 基幹型病院については、「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」という基本理念に相応しく、到達目標の多くの部分を研修可能な環境と研修医及び研修プログラムについての全体的な管理・責任を有する病院であるべきである。
- この観点から、基幹型病院における研修は、
 - ・ 基幹型病院での研修期間については、地域医療との関係等に配慮しつつ、現在の「8月以上」から、全体の研修期間の半分以上に該当する「1年以上」を目指すこと

- ・ 必修診療科である内科、救急について、到達目標を適切に達成するため十分な症例数があり、疾患等に過度の偏りが無い等、大部分を研修可能な環境を有していること

等により実施されることが望ましい。

- また、特定の分野の専門的医療を専ら行う研修病院については、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得という基本理念を踏まえると、基幹型病院として適切とはいえないと考えられる。

2) 臨床研修病院群の在り方

＜現状＞

- 現在、研修病院の指定基準として、基幹型病院は、協力型病院、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、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、地域において病院群における緊密な連携を保つため、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。
- 研修病院において病院群を構成する医療施設としては、自院の関連する大学の関連医療施設、設置母体が同一等のグループ医療施設、院内の医師の知り合いの医療施設、都道府県や地域の臨床研修を通じた団体の紹介による医療施設、同一医療圏内等近隣の医療施設の順に多かった。

＜課題＞

- 病院群によっては、全国に協力型病院及び研修協力施設が広がっており、また、長期間、研修医の受け入れ実績が見られない協力型病院等も含まれている。
- 制度の基本理念やあるべき医師養成の姿を踏まえつつ、望ましい病院群のあり方について、明確化が必要であるとの指摘がある。

＜見直しの方向＞

- 病院群においては、基本的な診療能力の修得という臨床研修制度の基本理念について、病院群に属する各研修病院等において十分に共有し、地域で連携し医師を育成する視点が求められる。
- また、病期や疾病領域等をはじめとした医療機能の観点から、同様の機能を有する研修病院等ではなく、頻度の高い疾病等について様々なバリエーションの経験及び能力形成が可能となるような病院群の構成が求められる。
- あわせて、到達目標を適切に達成する観点から、基幹型病院を中心としつつ、協力型病院等が補完的に連携することが基本となるものと考えられる。

- さらに、病院群全体で、研修の質が確保できるようなプログラムや指導体制が備わっていることが重要であり、例えば第三者評価等で、病院群全体の研修内容を適切に評価する等の工夫が求められる。
- また、病院群は、地理的範囲の観点から現実的な内容とすべきであることから、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることを基本とし、それらの地域を越える場合は、
 - ・ へき地・離島等を含めた医師不足地域における地域医療研修であること
 - ・ 生活圏を同じくする県境を越えた隣接する二次医療圏における協力型病院及び研修協力施設との連携であること
 - ・ その他、基幹型病院と地域医療の上で連携が強く、十分な指導体制のもとで様々なバリエーションの経験及び能力形成が可能であり、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な基本的な診療能力を身に付けることのできる良質な研修が見込まれる場合であること
 等の正当な理由がある場合に限り認めることが望ましい。
- なお、研修病院数の観点からも、協力型病院については、例えば過去3年間程度の研修実績を考慮し病院群を構成する等、現実的な内容とすることが必要である。
- また、研修管理委員会における自己評価や、第三者評価等により、病院群としての状況が適切に評価されることが望ましい。

3) 研修プログラム（研修診療科及びその研修期間）

<現状>

- 平成16年度の臨床研修制度の必修化以降、専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる等の指摘があったことから、平成22年度開始プログラムより、研修プログラムが弾力化され、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（6月以上）、救急部門（3月以上）、地域医療（1月以上）の3診療科が「必修科目」、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科が「選択必修科目」とされ、必修科目の全て及び5つの選択必修科目のうち2つの診療科については、必ず臨床研修を行うこととなった。
- 平成22年度以降も、研修プログラムにおいて、各研修病院の判断のもと、7科目必修を維持することは可能であり、いずれの研修プログラムにおいても、到達目標を適切に達成することが必要である。
- EPOC データによると、平成22年度研修開始（研修プログラムの弾力化後）の研修医は、平成20年度研修開始（研修プログラムの弾力化前）の研修医と比べ、経験目標の履修率について、外科、精神科、麻酔科領域を含め多くの項目で維持・上昇傾向がみら