

第4章 指導体制・指導環境

今回の制度見直しにより、第3章で概説したように研修医の評価は研修医評価票を用いるなどの変更点はあるが、研修医に対する指導方法、研修の指導体制・指導環境については、大きな変更点はない。2018年（平成30年）7月3日付の厚生労働省医政局長省令施行通知文書に基づき、管理者、研修管理委員会、プログラム責任者、研修実施責任者、臨床研修指導医（指導医）、上級医、医師以外の指導者の位置づけと主な役割を以下に概説する。

臨床研修を行う病院の指導体制の全体像と各役割の相互関係を図4-1に示す。

1. 管理者

臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の管理者（院長等）は、病院（群）全体で研修医育成を行う体制を支援し、プログラム責任者や指導医等の教育担当者の業務が円滑に行われるように配慮する。研修管理委員会やプログラム責任者の意見を受けて、研修医に関する重要な決定を行う。

管理者の役割は以下のとおりである。

- 1) 受け入れた研修医について、予め定められた研修期間内に研修が修了できるよう責任を負う。
- 2) 研修医募集の際に研修プログラムと共に定められた事項を公表する。
- 3) 研修医が臨床研修を中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、臨床研修中断証を交付し、臨床研修の再開のための支援を行うことを含め、適切な進路指導を行う。さらに、中断証の写しと臨床研修中断報告書を地方厚生局に送付する。
- 4) 研修管理委員会における、研修実施期間の確認、目標達成度の評価、安全な医療および法令・規則遵守の評価等を踏まえ、研修修了を認定する。
- 5) 臨床研修を修了認定した研修医に対して、臨床研修修了証を交付する。併せて、臨床研修修了者一覧表を地方厚生局に提出する。
- 6) 研修管理委員会の評価に基づき、研修を未修了と認定した研修医に対して、理由を付して、研修未修了理由書で通知する。
- 7) 未修了者に対して、研修継続に先立ち、研修医が臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表を地方厚生局に送付する。
- 8) 研修記録（臨床研修を受けた研修医に関する規定の事項が記載された文書）を、臨床研修修了又は中断日から5年間保存する。

2. 研修管理委員会

研修管理委員会は、基幹型臨床研修病院に設置され、臨床研修の実施を統括管理する機関であり、最上位の決定機関である。構成員として、管理者、事務部門責任者、全てのプログラム責任者、協力型病院及び臨床研修協力施設の研修実施責任者、外部委員として、当該臨床研修病院及び臨床研修協力施設以外に所属する医師、有識者等を含む。なお、頻回の開催が困難な場合には、実務を取り扱う下部委員会（研修管理小委員会等）を設置して、その任

の一部を担当させてもよい。

研修管理委員会の役割は以下のとおりである、

- 1) 研修プログラムの作成、プログラム相互間の調整、研修医の管理及び研修医の採用・中断・修了の際の評価等、臨床研修の実施の統括管理を行う。
- 2) プログラム責任者や指導医から研修医ごとの進捗状況について情報提供を受け、研修医ごとの研修進捗状況を把握・評価し、研修期間終了時に修了基準を満たさないおそれのある項目については確実に研修が行われるよう、プログラム責任者や指導医に指導・助言を行う。
- 3) 研修医の研修期間の終了に際し、プログラム責任者の報告に基づき、研修の修了認定の可否について評価を行い、管理者に報告する。臨床研修中断証を提出して臨床研修を再開していた研修医については、中断証に記載された評価を考慮する。
- 4) 分野毎のローテーション終了時に記載される研修医評価票を保管する。
- 5) 研修医が臨床研修を継続することが困難であると評価された場合、中断を勧告することができる。
- 6) 未修了との判定は、管理者と共に当該研修医及び研修指導関係者と十分に話し合い、正確な情報に基づいて行う。

3. プログラム責任者

プログラム責任者は、臨床研修病院の臨床研修関連実務を統括し、研修プログラムの企画・立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う者である。臨床研修を行う病院(臨床研修協力施設を除く)の常勤医師であって、指導医及び研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有している者でなければならない。プログラム責任者になるためには、臨床研修指導医の資格を取得してさらに数年の実務経験を積んだ後、プログラム責任者講習会を受講する必要がある。1つの研修プログラムにおいて、20人以上の研修医が臨床研修を受ける場合には、原則として、プログラム責任者とともに、副プログラム責任者を配置し、プログラム責任者及び副プログラム責任者の受け持つ研修医の数が1人あたり20人を超えないようにしなければならない。

プログラム責任者の役割を以下に示す。

- 1) プログラム責任者は、次に掲げる事項等、研修プログラムの企画立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う。
 - ① 研修プログラムの原案を作成する。
 - ② すべての研修医が臨床研修の目標を達成できるよう、全研修期間を通じて研修医の指導を行うとともに、研修プログラムの調整を行う。例えば、定期的に、あるいは必要に応じて、研修医ごとの到達目標の達成状況を把握・評価し、定められた研修期間の終了時までには、修了基準を満たさない項目について研修が重点的に行えるよう指導医に情報提供する。
 - ③ 到達目標の達成度について、少なくとも年2回、研修医に対して形成的評価(フィードバック)を行う。
- 2) 研修医の臨床研修の休止にあたり、履修期間を把握したうえで、休止の理由が正当かどうか判定する。研修医が修了基準を満たさなくなるおそれがある場合には、事前に研

修管理委員会に報告・相談するなどして対策を講じ、定められた研修期間内に研修を修了できるように努める。

3) 研修期間の終了に際し、研修管理委員会に対して研修医の到達目標の達成状況を達成度判定票を用いて報告する。

4) 管理者及び研修管理委員会が臨床研修の中断を検討する際には、十分話し合いを持つことで、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を提供する。

プログラム責任者には、プログラム責任者講習会の受講が求められるが、2020年3月31日以前からプログラム責任者であった者については、2023年3月31日までの間に限り、この規定は適用されない。

4. 研修実施責任者

協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、臨床研修の実施を管理する者をいい、基幹型臨床研修病院の研修管理委員会の構成員となる。研修の評価及び認定において、研修実施責任者は指導医と同様の役割を担うのみならず、協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設などの代表者として、これらの施設における評価及び認定における業務を統括する役割を負う。

プログラム責任者と密接に連絡を取る必要がある。

5. 臨床研修指導医（指導医）

指導医とは、研修医を指導する医師であり、臨床研修を行う病院の常勤の医師であって、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有していなければならない。原則7年以上の臨床経験を有し、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会（指導医講習会）を受講していることが必須である。原則として、内科、救急部門、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科及び一般外来の各診療科並びに当該研修プログラムが独自に必修としている診療科に配置されており、勤務体制上指導時間を十分に確保できることが求められる。研修医5人に対して指導医が1人以上配置されていることが必要であるが、地域医療に対する配慮から、地域医療と同時に行う一般外来の研修は、指導医を含め、当該地域医療の指導体制が整っていることで差し支えない。なお、研修医による指導医の評価についても、指導医の資質向上に資すると考えられることから、強く推奨される。

指導医の役割を下記に示す。

1) 研修医指導の責任者又は管理者であり、研修医を直接指導する場合だけでなく、いわゆる「屋根瓦方式」で指導医の指導監督の下、上級医が研修医を直接指導できることも想定している。

2) 研修医が担当した患者の病歴や手術記録を作成するよう指導する。

3) 担当する分野・診療科の研修期間中、研修医ごとに到達目標の達成状況を把握し、研修医に対する指導を行い、担当する分野における研修期間の終了後に、研修医評価票を用いて評価し、その結果をプログラム責任者に報告する。

4) 研修医の評価に当たって、当該研修医の指導を行った又は共に業務を行った医師、看護師その他の職員と情報を共有することが望ましい。

- 5) 研修医と十分意思疎通を図り、実際の状況と評価に乖離が生じないように努める。
- 6) 指導医を始めとする医師及び医師以外の医療職は、各分野・診療科のローテーション終了時に、研修医評価票を用いて到達目標の達成度を評価し、研修管理委員会に提出する。
- 7) 研修医自身が、インターネットを用いた評価システム等を活用して、研修の進捗状況を把握するように指導する。
- 8) 定期的に研修の進捗状況を研修医に知らせ、研修医及び指導スタッフ間で評価結果を共有し、より効果的な研修へとつなげる。

6. 上級医

有資格の「指導医」以外で、研修医よりも臨床経験の長い医師をいう。いわゆる「屋根瓦方式」の指導体制においては、指導医と研修医の間であって、重要な役割を担う。上級医は、可能な限り指導医講習会を受講しておくことが望ましい（指導医講習会の受講には必ずしも7年以上の臨床経験を必要としない）。

上級医は、休日・夜間の当直における研修医の指導に関して、指導医と同等の役割をはたす。すなわち、休日・夜間の当直時、電話等により指導医又は上級医に相談できる体制が確保されるとともに、必要時、指導医又は上級医が直ちに対応できるような体制(オンコール体制)が確保されている必要があり、休日・夜間の当直を1年次の研修医が行う場合は、原則として指導医又は上級医とともに行わなければならない。

7. 医師以外の医療職種（指導者）

看護師、薬剤師、臨床検査技師等、研修医の指導に関係する医師以外の医療職種全てを指す。研修医の教育研修は医師のみならず、全ての医療職種が協働し、病院を挙げて行うべきである。とくに、研修医の真正な評価には、医師以外の医療職種や患者・家族などからの評価も含めた、いわゆる「360度評価」が望ましい。

評価にあたる指導者には、少なくとも看護師を含むことが望まれる。

8. メンター

職種にかかわらず、指導者たるメンター(mentor)は、指導を受けるメンティー(mentee)に対して、対話と助言を繰り返しつつ、仕事や日常生活面並びに人生全般における支援を継続的に行う。この一連のプロセスをメンターシップ(mentorship)と呼ぶ。省令施行通知などにおける規定はないが、指導体制充実の一環として、メンター制度を採用する研修プログラムが増えている。

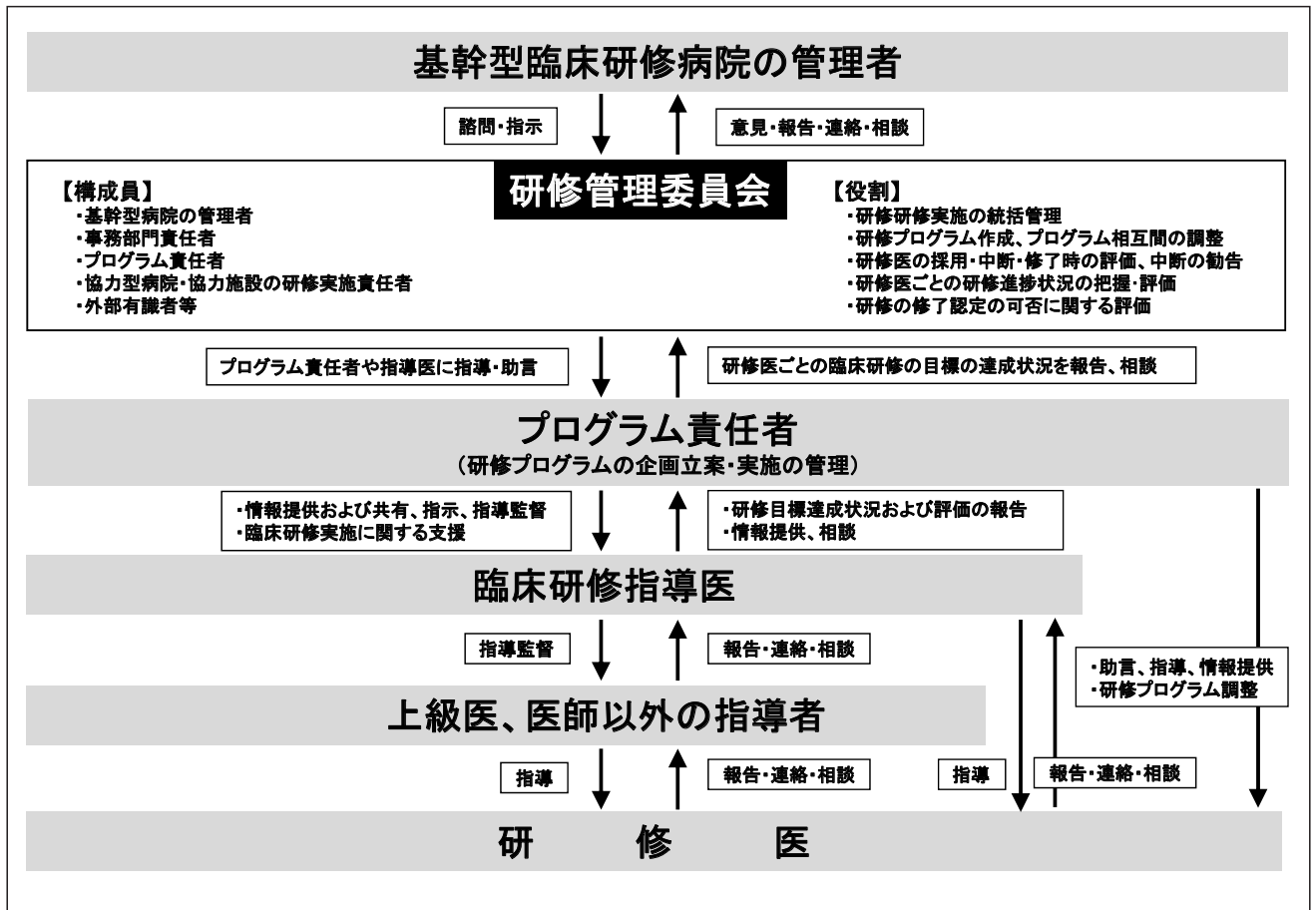
指導医や上級医が、当該分野・診療科のローテーション期間中、研修医からの相談を受け助言を与えるのに対し、メンターは、診療科の枠を超え、メンティーである研修医との定期的なコミュニケーションを通じ、彼らの研修生活やキャリア形成全般についての助言、精神面でのサポートなど、継続的な支援を行う。

メンター制度は、以下のステップを踏んで行われる。

- 1) メンターの選出（研修医教育に熱意を持つ医師の中からメンターを複数名指名）
- 2) 研修医への情報提供（メンター制度の周知とメンター医師のプロフィール情報の提供）
- 3) 研修医によるメンター選択（研修医が希望するメンター医師を選択）
- 4) メンターと研修医との顔合わせ（制度のオリエンテーションを含む）
- 5) メンタリング実施状況の把握（メンター及び研修医からのプログラム責任者への定期的な報告）

メンターとメンティーの間には利害関係があってはならず、メンターには研修評価者とは別の医師になるべきである。相談のしやすさから、研修医に年齢の近い若手医師がメンターになる場合が多い。

図 4-1 臨床研修を行う病院の指導体制



第5章 研修医の労務環境

1. 研修の労務と研修についての基本的な考え方

(1) 労務管理に関する基礎的な知識

1) 労働時間

研修医は労働者であり、その労働については各労働法規の適用を受ける。労働時間等については労働基準法で規制されており、その詳細は以下の通りである。

① 労働時間（労働基準法第32条）

1週40時間、1日8時間とする

② 休憩（労働基準法第34条）

労働時間6時間超で、少なくとも45分の休憩

労働時間8時間超で、少なくとも1時間の休憩 を与える

③ 休日（労働基準法第35条）

1週1日又は4週4日の休日を与える

④ 時間外・休日労働の割増賃金（労働基準法第37条）

法定時間外労働においては25%以上、法定休日労働においては35%以上の割増賃金を支払う

2) 時間外労働について

使用者は、過半数組合または過半数代表者と締結し、労働基準監督署に届け出た労使協定（36協定）により、時間外または休日に労働させることができる。その場合も限度基準が大臣告示で規定されており、1カ月45時間、1年360時間とされる。ただし、特別条項を結べば、年間6か月を上限として、例外的に限度時間を超えることができる。この特別条項にはこれまで上限が設定されていなかったが、2019年4月施行の労働基準法の改正で、月100時間、年間720時間、複数月の平均で月80時間が上限となる。ただし、この特別条項については、医師に関しては医療界からの代表者が参加した検討の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得ることとなっていて、この規制は2024年から適用される予定である。

3) 宿日直勤務について

宿日直勤務については（労働基準法第41条）、労働基準監督署長の許可を得た場合には、上記の労働時間、休憩、休日に関する規定については、その適用が除外されることとなっている。ただし、その勤務の態様は「常態としてほとんど労働する必要のない勤務」とされており、特に医師、看護師等の宿直については、許可基準の取扱い細目として、「夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外に、病院の定期巡回、異常事態の報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温等、特殊の措置を必要としない程度の、又は短時間の業務に限る」とされているが、現在見直しに向けての検討が進められている。

4) 勤務間インターバル、年次有給休暇を取得しやすい環境整備について

2018年7月に公布された働き方改革関連法では、労働者の生活時間や睡眠時間を確保するために、勤務終了後（終業後）から次の始業までの間に、一定時間以上の休息時間を設ける勤務間インターバル制度が定められた。これは努力義務であり、また医師の特例

については現在検討中であるが、医師は当直明けにそのまま翌日の勤務に入る施設も多いので、今後は適切な配慮（たとえば、当直明けは午前勤務のみとするなど）が必要となるものと考えられる。

（２）労働時間管理

2017年1月に策定された「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」において、使用者には労働時間を適正に把握する責務があることが明記された。具体的には、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を、タイムカード、パソコンの使用時間などの客観的な記録に基づいて確認し、適正に記録することが求められている。

労働時間については、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、たとえば、次のような時間は労働時間に該当することが示された。

- ① 使用者の指示により、就業を命じられた業務に必要な準備行為（着用を義務付けられた所定の服装への着替え等）や業務終了後の業務に関連した後始末（清掃等）を事業場内において行った時間
- ② 使用者の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間（いわゆる「手待時間」）
- ③ 参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間

（３）健康管理

2019年4月より施行される改正労働安全衛生法などにおいて、産業医・産業保健機能の強化が図られ、事業者から産業医への情報提供を充実・強化するとともに、産業医から受けた勧告の内容を、労使や産業医で構成する衛生委員会に報告しなければならないことが定められた。あわせて、産業医が従業員からの健康相談に応じるための体制整備に努めるとともに、労働者の健康情報の適切な取り扱いの推進が図られることになった。

（４）研修医の労務管理

研修医は、医師免許を持ち、研修病院と雇用関係を持つ労働者である以上、労働法令の規制を受けるのは言うまでもない。ただ、一般の医師と比較して、医師としてのトレーニングを受ける学習者としての要素が大きいのも事実である。その場合、どこまでを労働として扱い、どこまでを研鑽として扱うかについては判断が難しいところであるが、研鑽として（＝労働ではない時間として）認められるためには、研修医の自由意思で、労働から離れることが保障されている（自らの判断で終了することができる）状態で行われていることが条件として、個別具体的に判断されることになる。その場合、労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たることに留意する必要がある。ここでいう「黙示の指示」とは、使用者の明示の指示はなくとも、「業務」並びに「業務に必要な準備行為」及び「業務終了後の業務に関連した後処理」を事業場内で行う時間は、労働時間に該当する場合があることを意味しており、研修医の場合は特にその線引きが難しい。現在、「医師の働き方改革に関する検討会」にて例示を含めて検討が進められているので、最終提言が発表されれば、一つの目安として参考にとできると思われる。

(5) 研修病院として行うべきこと

上述のように、医師の働き方改革については、現在議論が進行中であり、2019年までに最終的な結論を得て、最終的な規制が導入されるのは2024年となる予定であるが、現時点でも行うべき取り組みとして、2018年2月に、同検討会から「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」が発表されている。

おもな項目としては、

- 1) 医師の労働時間管理の適正化
- 2) 36協定の自己点検
- 3) 既存の産業保健の仕組みの活用
- 4) タスク・シフティング（業務の移管）の推進
- 5) 女性医師等に対する支援
- 6) 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

が示されている。研修医の労働環境を守るためには、労働時間の管理は当然であるが、労働そのものを減らすための方策についても取り組んでいかなければならない。

これまでの研修体制では、研修医はいわば「都合のいい雑用係」として、事務作業や患者移動、他の職種が実施可能な処置を担うことも多かったと思われる。これは、時間外労働について実質的に上限も管理も不十分だった時代に慣習として行われていたものであり、研修医の健康を守り、充実した研修を定められた時間内に行うために、病院を挙げて取り組むべき課題である。さらに一歩進めて、これまで医師が行ってきた業務を他の職種に移管するタスク・シフティングの推進は医療界全体のテーマでもあり、たとえば、静脈採血など看護師に移管された業務に関しては、あくまで研修医の自己判断で、研修目的のみで実施するなどの工夫も求められる。

同時に、研修医の健康を守るための支援や相談窓口の充実も必須である。医療安全などの観点から、毎日6時間以上の睡眠が確保されるような体制を整えるとともに、産業医や衛生委員会の活動強化を通して、研修医が心身ともに健康な状態で研修に臨めるようにサポートする仕組みの充実が求められる。

2. 女性医師のための勤務環境の調整

(1) プログラム責任者の役割

1) 研修医の健康及び安全管理

研修医が研修期間中に妊娠・出産などのライフイベントを経験する際、まず研修医の健康及び安全の確保が重要である。研修医は、妊娠した場合、適切な時期に指導医またはプログラム責任者に報告する。プログラム責任者は研修医の健康に配慮し、必要に応じローテーションの調整や夜勤の調整が行われるよう確認する。

2) 研修医の研修遂行の管理

産前産後休暇や育児休業についての規定、研修修了のための規定などを研修医に伝え、理解を促す。研修中にライフイベントを経験したとしても、研修を遂行し修了できるよう研修医及び指導医に必要な助言を行う。

(2) 指導医の役割

研修医と身近に接するため研修医から直接相談を受けることが多い立場である。研修医の妊娠・出産に際しては研修医の健康及び安全の確保を優先し、同時に研修を継続し、修了するための指導・支援を行う。また、研修医が休暇・休業を取得する場合には他の研修医に過重な負担がかからないよう留意するとともに、同僚や家族の生き方を理解し支えることは医師のプロフェッショナルリズムの一環として重要であることを伝える。

(3) 病院の環境整備

1) 相談窓口の設置

研修医や指導医がライフイベントやハラスメント等について相談できる窓口があることが望ましい。

2) 妊娠・出産・育児に関する環境整備

妊娠中の体調不良時に休憩できる場所、産後は搾乳できるスペースを確保することが望ましい。また、院内保育園、病児保育室などが設置してあることが望ましいが、それらが難しい場合、一時保育利用時の補助、ベビーシッター利用時の補助などを行うことも有効である。

3) 指導医講習会を通じた理解の促進

女性医師がライフイベントを経験しながら就業を続けるために最も重要な要因の一つが職場の理解である。研修制度や産前産後休暇や育児休業についての規定、女性医師が直面している課題などについて、直接研修医と接する指導医が理解を深めることが重要である。これらは指導医講習会の内容に含めることにより効率的に周知することが可能である。

3. 研修医の福利厚生と充実した研修生活のために

(1) 研修医の福利厚生

1) 住居

文字通り「レジデント」として、病院に近いところに住居があることが理想的である。物理的に難しい場合でも、夜間呼ばれたときに暗い夜道を歩くのは大変危険なので（特に女性）、夜間用の駐車場を確保するなどの対策が必要である。

ローテーションで短期間（例えば1か月）遠方の協力型病院で研修する場合には宿舎の確保は必須である。少なくともローテーションごとに研修医が不動産業者を回ったり、敷金・礼金を払ったりしなくてもすむように、病院が宿舎を持っていない場合は民間のアパートを借り上げるなどの配慮が望まれる。

2) 病院内

① 研修医室

机、ロッカー（できれば研修医ごと）のほか、文献検索などのインターネットコンテンツの利用、研修評価システム（EPOCなど）の入力などがあるので、インターネット接続ができる設備も必要である。また、医局のラウンジでは、自分よりはるかに年上の先生がいてくつろげないので、研修医室で弁当を食べたりお茶を飲んだりするスペースがあると研修医同士の情報交換、息抜きの場になる。

② 仮眠室

夜遅くまで研修した時や、夜間呼び出された翌日の昼休みなど、横になれるスペースが必要である。特に女性の場合医局のソファなどでは横になれないため、男女別の仮眠室があるとなおよい。

③ 食事

研修医は、食事を作ったり食べに行ったりする時間・余裕がないことが多いので、病院食を利用できたり、夜間補食ができるようなシステムがあると便利である。

④ 各種手続き、郵便物の受け取りなど

研修医が平日昼間に外出することは難しいので、銀行振り込みや郵便物の受け取りなどについて代行してもらえる制度があると便利である。

(2) 研修の充実

1) シミュレータ

① シミュレータ教育の必要性

研修目標に到達するためには、知識の修得だけでは不十分であり、技能、態度領域の教育が重要である。しかしながら、未熟な研修医が患者に対して侵襲的な手技を行うことには倫理的にも安全管理上も問題が多いため、現場で実施する前にシミュレータを用いて十分に修練を積むことが望ましい。

② シミュレータ教育の利点

シミュレータ教育は、臨床現場におけるスキルの修得に比べて以下の利点を有する。

- ・実際の患者に害が及ばない
- ・いつでも、何度も反復して練習できる
- ・自己学習が可能である
- ・講義などの他の方法と組み合わせることで学習効果を高めることができる
- ・遭遇する機会の少ないシチュエーションについて繰り返し学ぶことができる
- ・主に技能・態度領域における評価に利用できる
- ・指導医が、研修医のレベルに合わせた教育効果の高いシナリオを意図的に設定できる

③ 用意すべき機材

各施設の状況により必要度は異なるため、予算と必要度に応じて整備すべき機材を決定する。教育効果の高い機材としては、救急蘇生に関するもの（心肺蘇生シミュレータ、挿管練習モデル、AED トレーナーなど）、身体診察に関するもの（心音・呼吸音、婦人科診察、直腸診、眼底、耳など）、手技に関するもの（縫合、採血・静注など）などがある。

④ 運営上の注意

i) 運用ルール

運用に当たっては、事前申し込みの有無、鍵の管理、管理者の立ち会いを必要とするのかなどについてあらかじめ運用ルールを作成しておく必要がある。シミュレータ教育の利点を最大限に生かすために、学習者が使いたいときに利用できる体制を整えておく必要がある。

ii) メンテナンスが重要

シミュレータ教育は、技術的に未熟な研修医が「人間を壊さないように」練習するものであるから、シミュレータが破損するのはある程度はやむを得ない。また、たとえば口対口呼吸の練習など、使用するたびに洗浄・消毒あるいは部品交換が必要となるものもあり、また消耗品の補充、使用済みの機材の廃棄などの作業も必要である。

せっかく高価なシミュレータを購入しても、使えなければ何もならない。シミュレータの導入に当たっては、単に機材を購入するだけではなく、購入後のメンテナンスについて、人的・予算的な措置を考慮しておかなければならない。

iii) 機材の共有化を図る

シミュレータは高価であり、かつ医療コストに直接貢献するものではないため、研修病院ですべてを整備することは難しい。地域でネットワークを作って機材を共有したり、行政、大学、医師会などが中心となって機材の購入・管理とメンテナンスを行い、研修病院が共同利用したりするなどの方式も有効であろう。

⑤ 図書室・インターネット

i) 図書室

主要な医学雑誌、教科書は一通りそろえておくことが望ましい。可能であればオンラインジャーナルを整備しておくこと、研修医は24時間どこからでも論文にアクセスできるので便利である。

国内では最近、臨床研修を強く意識した雑誌が各社から発売されており、研修医が修得しておくべき基本手技や、研修医が研修で困ったときの対策、指導医向けの指導方法など、研修に役立つ情報が掲載されている。

ii) 二次資料

EBM (Evidence-Based Medicine) の普及に伴い、短時間で効率よく質の高い Research evidence にアクセスできる二次資料が充実してきている。研修医がEBMの考え方に基づいた医療が実践できるように指導するためにも、このような二次資料に自由にアクセスできる環境を整備することが望ましい。

第6章 医師臨床研修に関する Q&A

【用語の定義】

区分	質問	回答
用語の 定義	一般外来研修における「一般外科」、「一般内科」について用語の定義を教えてください。	本省令施行通知における一般外来研修の「一般外科」、「一般内科」は、大学病院や特定機能病院等においては、主に紹介状を持たない初診患者あるいは紹介状を有していても臨床問題や診断が特定されていない初診患者を担当する外来を指し、また地域医療を担う病院においては、上記に加えて特定の臓器でなく広く慢性疾患を継続診療する外来も含みます。内科および外科領域において、「Ⅱ 実務研修の方略」にある経験症候および経験疾病が広く経験できる外来等を想定しております。呼吸器内科、循環器内科、呼吸器外科、形成外科等の専門外来は原則、該当しません。
	「保健・医療行政」について用語の定義を教えてください。	本省令施行通知における「保健・医療行政」は、プライマリケア、救急医療、へき地医療、医療安全、院内感染防止、医学的リハビリテーション、健診・検診、高度医療、移植医療、感染症の対策等を担う、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・検診や健診の実施施設・国際機関・行政機関・矯正施設・産業保健の事業場等を指しています。
	「1週」、「1年」の定義を教えてください。	1週間は7日であり、病院の就業規則が定める休日を除く勤務日の合計（通常5日）に相当します。また、1月は4週に相当します。
	「へき地・離島」の定義を教えてください。	へき地・離島については、例えば、 ・山村振興法（昭和40年法律第64号）第7条第1項の規定に基づく指定地域 ・過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第2条第1項、第3条第1項及び同条第2項に規定する地域 ・離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定に基づく指定地域 ・沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第3号に規定する地域 ・奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する地域 ・小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第2条第1項に規定する地域 ・半島振興法（昭和60年法律第63号）第2条第1項の規定に基づく指定地域 ・豪雪地帯対策特別措置法（昭和37年法律第73号）第2条第2項の規定に基づく指定地域 又は、平成13年5月16日医政発第529号厚生労働省医政局長通知の別添「へき地保健医療対策等実施要綱」の3の(3)に基づき設置されたへき地診療所の所在地、並びにこれらに準ずる地域が考えられます。

【臨床研修病院の指定の基準】

区分	質問	回答
研修 プログラム	臨床研修病院の指定の基準について、「原則として、研修期間全体の1年以上は、基幹型臨床研修病院で研修を行うものであること。なお、地域医療等における研修期間を、12週を上限として、基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができること。」とありますが、「地域医療等」の「等」とはどういったものが考えられますか。	前出の「用語の定義」に記載している、保健・医療行政や一般外来等を想定しています。
	年次休暇や祝日等により日数が1週分に不足する場合、その不足分を補う必要がありますか。	年次休暇等については、到達目標を満たすことが可能であることを前提として、休止期間として90日間を超えない限り不足していても構いません。ただし、必修科目において不足日数が発生した場合には、選択科目より必修科目を優先して研修し、必修科目の到達目標を満たすよう指導してください。
	休止90日間の中であれば、内科を12週で終えることも可能でしょうか。	到達目標を満たすことが可能である場合に限り認められますが、12週にて満たすことは困難であると思われます。
	研修時期に制約がある必修分野はありますか。	必修分野において研修時期に制約があるのは、地域医療のみであり、「2年次に地域医療を研修すること」としています。
	一部の基幹型臨床研修病院においては、必修科目である地域医療研修を実施するため、協力型臨床研修病院での研修期間として、週単位ではなく、月単位を基本として派遣しています。以下の場合、地域医療として実施された研修期間をどのように算定すれば良いのでしょうか。 例) 地域医療研修：11/1(木)～11/30(金) (4週間と2日) 協力型臨床研修病院での所定労働日数(1週間当たり)：5日	この場合、行われた研修期間については、原則として、合理的に説明できる範囲で算定することが基本となりますが、ご照会の場合では、端数の2日については、2/所定労働日数(週)となるものであることから、4.4週として差し支えありません。
	並行研修を行う研修医は不足分を補う必要がある一方で、休んだ研修医は不足分を補う必要がないとなつていますが、この仕組みは基本的にどのような考え方のもとに構築されているのでしょうか。	並行研修では、プログラム作成段階で研修スキルの取得につながる追加日数を算定し研修に組み込んでいます。そのため、必修科目の期間を延長し、不足分を補う必要があるとしています。一方、90日間の中であれば休止取得を承認し、不足分を追加し研修する必要がないとしており、それぞれ別の考え方のもと、構築されています。ただし休止取得が承認され、その後復帰する場合などにおいては、選択科目より必修科目を優先して研修し、必修科目の到達目標を満たすよう指導してください。
	フレックスタイム制等により週に6日間や、休日が多く4日間等の研修期間となった場合においても、1週とすることとなりますか。	1週間は7日であり、病院の就業規則が定める休日を除く勤務日の合計（通常5日）に相当するとしているため、フレックスタイム制等により週に6日間や、4日間の研修期間となった場合においても、1週と換算して差し支えありません。
	4週以上を研修期間とする必修分野において、1つの分野を複数の協力型病院で行うことは認められるのでしょうか。	一般外来を除く必修分野におけるブロック研修は、一定のまとまった期間を想定しており、そのため同一医療機関における研修が該当となり、原則として、複数の施設で行うことは望ましくありません。

区分	質問	回答
並行研修	週1回など特定の期間、一定の頻度で行う並行研修は、どのような診療科でも行うことができますか。	並行研修として認められるのは救急と一般外来及び地域医療の3つです。原則として、必修分野の各診療科等（一般外来を除く）は、一定のまとまった期間に研修（ブロック研修）を行うことを基本としています。地域医療においても同様であり、4週は必ずブロック研修で行った上で、追加的に在宅医療等の並行研修を行うようにしてください。
	並行研修を週1回行うことにより不足する日数の扱いはどのようになりますか。	並行研修を週1回行うことにより不足する日数については、必修科目の期間を延長し、不足分を補う必要があります。
	並行研修を行い、ブロック研修が研修期間として算定されない場合は、研修期間を延ばす必要がありますか。	例えば、4週間の必修科目の間に並行研修で週1回救急外来研修を行う場合は、研修期間をあらかじめ4週ではなく5週で計画する等、不足分を補う必要があります。
	並行研修にて、精神科での研修を週1回として行うことは可能ですか。	原則として、必修分野の各診療科等については、ブロック研修にて行うことを基本としているため、認められません。
	並行研修を行う日については、あらかじめ定めなければならないのでしょうか。	必ずしも予め定める必要はありませんが、必修科目の間に一般外来の並行研修を行う場合、必修科目の研修期間を延ばす必要が生じることもあるため、並行研修の実施については十分計画した上で、行われることが推奨されます。
	必修科目を研修中に、例えば月曜日は一般外来、金曜日は救急外来など、週複数回の並行研修を行うことは可能ですか。	ブロック研修をしている診療科の研修に支障をきたすため、原則、1週間に複数回の並行研修は望ましくありません。
	精神科のローテーションをしながら、一般外来を並行研修した場合、当該一般外来の研修期間を精神科の研修期間としても算定（ダブルカウント）することはできますか。	一般外来研修では精神科の研修要件を満たすことができないため、当該外来研修日は精神科の研修期間として算定することはできません。ダブルカウントが可能なのは、内科、外科、小児科、又は地域医療を研修中に、同一診療科の一般外来を行うときを想定しています。図6-1「救急及び一般外来研修とブロック研修を並行研修として認められる範囲について」を参照
	精神科のローテーションをしながら、精神科外来を一般外来研修として行うことは認められますか。	精神科の研修として外来で研修することは推奨されますが、精神科外来は、専門外来であり一般外来の研修要件を満たすことができないため、一般外来の並行研修としては認められません。
	地域医療のローテーションをしながら、一般外来研修を並行研修として行うことは認められますか。	現行通知5（1）ア（オ）⑩に記載のとおり、一般外来での研修は、地域医療等の研修を想定しており、「Ⅱ 実務研修の方略」において研修要件を満たすことから、並行研修として認められます。また、研修期間として地域医療と一般外来のダブルカウントを行うことも可能です。
	救急外来では内科の疾病も診察するため、内科研修の一部として算定できますか。	救急外来での研修は、ほかの診療科等を研修中に、並行研修を行うことは可能であるが、並行研修を行う日数は当該診療科等の研修期間に含めないこととしています。
	他の必修分野の研修期間中に救急部門の対応をした場合、並行研修とみなすことはできるのでしょうか。	他の診療科を研修中に、救急部門の並行研修を行う場合、並行研修を行う日数は当該診療科等の研修期間に含むことはできません。図6-1「救急及び一般外来研修とブロック研修を並行研修として認められる範囲について」を参照
	救急部門以外の必修分野の研修は、ブロック研修を行うことを基本としていますが、どのくらいの期間を想定していますか。	一定のまとまった期間としては、4週以上によるブロック研修を想定しています。
	救急部門の研修において、ブロック研修の期間に当直も含めてよいのでしょうか。	本来は救急部門を日中に行うことが望ましいですが、当直で行うことも差し支えありません。
	必修分野外の診療科と救急部門を並行研修する場合、研修期間としてダブルカウントは可能ですでしょうか。	研修期間として、ダブルカウントはできません。
一般外来研修と救急部門では、並行研修として研修期間をダブルカウントすることができますか。	一般外来研修と救急部門は、研修期間としてダブルカウントすることはできません。	
救急部門研修期間中の外来診療を一般外来との同時に研修として扱うことはできますか。	救急部門は一般外来研修として扱うことはできません。また、一般外来の研修と異なり、救急部門における並行研修についても、ダブルカウントは不可となります。ただし、例えば、日中に必修分野の研修を行い、夜間に救急部門を研修する場合は、ダブルカウント可能になります。	
「救急部門の並行研修を行う日数を救急部門での研修期間に含めない」と定める研修プログラムの場合、必修科目の研修期間中に、救急部門の並行研修を行わないという運用は許容されるのでしょうか。	必修科目の研修期間中の救急部門の並行研修は必須ではないため、可能となります。ただし、救急部門は12週以上の研修を行うこととされていますので、12週以上の研修期間を設けるようにしてください。	
必修科目の研修期間中に、例えば月曜日は一般外来、木曜日は夜間当直など、週複数回の並行研修を行うことは可能ですか。	並行研修はブロック研修をしている診療科の研修に支障をきたすため、原則、1週間に複数回の並行研修は望ましくありません。しかし、「Ⅱ 実務研修の方略」を満たし、ダブルカウントが認められる場合の夜間当直においては、その限りではなく、結果として週複数回の並行研修を行うことは差し支えありません。	
必修分野（外科）	新たに必修化された外科の研修には、これまでのとおり眼科や耳鼻咽喉科も含んでよいのでしょうか。	今回の新たに策定した「Ⅱ 実務研修の方略」に記載されているとおり、外科の研修では「一般診療において頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の習得、周術期の全身管理等に対応」できることを目標としているため、この目標に合致し「経験すべき疾病・病態」を含む、一般外科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科等が望ましいですが、全身麻酔管理を伴う手術が一般的に行われ、周術期管理を行う診療科（脳神経外科や泌尿器科等）を一部含むことも認められます。
必修分野（精神科）	精神科での研修期間については、病棟研修は必須となりますか。	精神科での研修においては、病棟での研修は必須ではありません。ですが、実務研修の方略として、精神科リエゾンチームでの研修を含むこととしており、特に、急性期入院患者の診療を行うことが望ましいとしています。
必修分野（救急）	必修分野（救急）の研修期間（12週）において、始めの4週を麻酔科にて救急の代用としてブロック研修したのち、救急外来で週1回の並行研修を8週分とするプログラムも可能ですか。	麻酔科での研修が、「Ⅱ 実務研修の方略（救急）」を満たすことができる場合に限り、麻酔科での研修を救急のブロック研修期間として代用することは差し支えありません。
	救急部門の研修期間として、救急科でのブロック研修後に、集中治療部で8週を研修することは認められますか。	必修分野（救急）の研修において、「Ⅱ 実務研修の方略（救急）」を満たす場合に限り、初期救急対応の範囲内で集中治療部へ関わることは認められますが、継続的に集中治療部で研修することは望ましくありません。

区分	質問	回答
必修分野 (救急)	救急研修の指導医の専門診療科は麻酔科、救急科に限定されるのでしょうか。	救急科や麻酔科指導医に限る必要はありませんが、救急部門の臨床研修指導医として、事前に登録された医師となります。
	救急部門のブロック研修期間中に行う当直1回を、救急部門研修の1日として算定してもいいのでしょうか。	差し支えありません。
必修分野 (地域医療)	研修プログラムの必修分野(地域医療)で定める「200床未満の規模の病院・診療所」について、「中小病院・診療所」としていない理由を教えてください。	研修プログラムにて地域医療分野で定める「200床未満の規模の病院・診療所」は、「中小病院・診療所」よりも対象範囲を狭めており、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療(在宅医療を含む)を、適切な指導体制の下で研修するための医療機関として定めています。
	地域医療の研修先施設は、医療機関のみに限定されるのでしょうか。	地域医療での研修先としては、適切な指導体制のもとで、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療(在宅医療を含む)について理解し、実践するという考え方にに基づき、へき地・離島の医療機関および許可病床数が200床未満の病院又は診療所において適宜選択としています。また、研修を行う上で有益な施設、例えば、保健所等で1~2日程度行うことは差し支えありません。
	必修分野(地域医療)の研修期間中における、一般外来での研修と在宅医療の研修は、研修期間に定めはなく、到達目標が達成できれば最低各研修1日の研修でも可能でしょうか。	必修分野(地域医療)の研修期間中における、一般外来、在宅医療での研修は、地域医療の研修機関にかかわらず、「Ⅱ 実務研修の方略(一般外来)」を満たすことができる場合に限り、差し支えありません。
	必修分野(地域医療)において、週5日勤務を基本とする研修期間が4週間のプログラムの中で、一般外来(週5日、月~金)を行い、かつ、在宅医療(週1日、土)を行う場合、一般外来は4週、在宅医療も1週とみなしてよろしいでしょうか。	原則として、合理的に説明できる範囲で算定することが基本となります。必修分野(地域医療)において、週5日勤務を基本とするプログラムの中で、一般外来(週5日、月~金)を行い、かつ、在宅医療(週1日、土)を行う場合、一般外来は4週、在宅医療も1週とみなすことに差し支えありません。
	必修分野(地域医療)において、一般外来を1週間の間、午前のみ行った場合、研修期間(1週間)とみなすことはできますか。	一般外来を1週間の間、午前のみ行った場合、一般外来を1週間の研修期間と認めるためには、0.5日×5日分不足していることになります。
在宅医療	在宅医療における研修は、どのような内容を行うのが具体的に教えてください。	在宅医療を提供している患者宅に赴き、訪問診療等を行うことを指しています。
	在宅医療の研修期間は何週以上しなければならないというような制約はありますか。	在宅医療の研修は必須となりますが、研修期間に制約はありません。
	在宅医療における研修は、指導医(もしくは上級医)が同行しない訪問看護ステーションにおける在宅療養も適用されますか。	在宅医療の研修は、在宅医療を提供している患者宅に赴き、訪問診療等を行うことを想定しており、指導する医師が同行しない在宅療養においては、在宅医療の研修として認められません。
	1日の算定方法として、午前中のみ外来診療を行っていない場合は、研修期間は0.5日と算定するとされていますが、病院の診療スケジュールが、午前中1時間のみ等、極端な場合は、病院独自に0.2日と算定しても差し支えないでしょうか。	原則として、午前、午後に切り分け、0.5日と算定するものであり、ご指摘のような診療スケジュールの場合、時間案分など、合理的に説明できる範囲で、病院の診療スケジュールに基づき算定して差し支えありません。
一般外来	一般外来での研修はどのような研修が想定されていますか。	一般外来では、「Ⅱ 実務研修の方略」にある経験症候および経験疾病が広く経験できる外来において、研修医が診察医として指導医からの指導を受け、適切な臨床推論プロセスを経て臨床問題を解決する研修を想定しています。研修終了時には、コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、単独で一般外来診療を行えることを目標としています。
	一般外来の研修を呼吸器内科の外来で行えますか。	一般外来は、総合診療科外来や一般内科外来、一般外科外来、小児科外来などを想定しており、呼吸器内科などの臓器や疾病に特化した専門外来は認められません。
	大学病院には一般外来がありませんが、どこで外来研修を行うべきですか。	特定機能病院では一般外来を持たない病院が多いため、基本的には地域医療の研修など、協力型病院で一般外来のブロック研修が行われることが想定されます。
	一般外来の研修として、「他の必修分野等との同時研修を行う」とあるが、総合診療、内科、外科や小児科の1分野の最低4週間をそのまま一般外来研修としても構わないのでしょうか。	例えば、一般外来の中で外科等をするを指示し、総合診療等の1分野の最低4週間をそのまま一般外来研修とすることは、通知5(1)ア(オ)に掲げられた事項(研修要件)を満たすものであれば可能となります。
	例えば、一般外来研修4週を内科外来で実施する場合、どのようになりますでしょうか。	一般外来研修4週を内科外来で実施する場合、必修分野である内科研修(24週)のうちの4週を一般外来に充て、研修期間としてダブルカウントすることが可能となります。
	例えば、精神科の研修期間中に、毎週3日間(月水金)のみ総合診療科外来で同時に研修するといったようなケースは研修期間としてダブルカウントは可能でしょうか。	臨床研修期間中の並行研修は、必修分野の各診療科を研修中にその診療科の研修要件を満たすことのできる場合に限られます。精神科の場合、実務研修の方略として、「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、精神科専門外来または精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。」としており、総合診療科外来での研修は研修要件を満たすことができないため、並行研修としてダブルカウントは認めることができないケースとなります。
	一般外来で行う研修にて、研修する上での記録はどのように行うのでしょうか。	研修記録は、従前の例により、カルテ等に記載しておくことになります。なお、現在、経験した症例等を記録することが可能なインターネットを用いた評価システムの検討を進めているところです。
	午前中しか外来診療を行っていない病院の一般外来の研修も1日と計上して良いのでしょうか。	午前中しか外来診療を行っていない場合、研修期間は0.5日として算定します。原則として研修は午前と午後に切り分けた想定をしております。しかし、明らかに半日を超えて診療を行っている場合は、1日と判断して差し支えありません。
	「ブロック研修は最低1週間単位」を想定していますが、複数の異なる診療分野(一般内科、一般外科、小児科、等)を一般外来の研修とし、4つの診療科を1週間つつ計4週行ってもいいのでしょうか。	ブロック研修を4週以上でのまとまった期間とするのは、一般外来を除く必修分野であり、一般外来においては、「Ⅱ 実務研修の方略(一般外来)」を満たす場合に限り、差し支えありません。
	必修分野(一般外来)の研修は、4週以上すべてを並行研修で実施することは可能でしょうか。	必修分野(一般外来)の研修は、4週以上すべてを並行研修で実施することに差し支えありません。

区分	質問	回答
一般外来	時間外（宿日直帯）の小児科外来は、小児科の一般外来研修として取り扱わないと考えてよろしいでしょうか。	時間外（宿日直帯）の小児科外来は、救急外来としての側面が強く、小児科の研修としては認められますが、一般外来研修としては望ましくありません。
選択研修（保健・医療行政）	「海外の医療機関で診療を行う場合等は、当該医療機関は臨床研修協力施設とし、」とありますが、臨床研修病院群については、「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、臨床研修病院群を構成する臨床研修病院及び臨床研修協力施設（病院又は診療所に限る）は、原則、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、以下のような正当な理由があること。」とあります。海外の医療機関については正当な理由または臨床研修病院群の例外として認めるといってよろしいでしょうか。	今回の通知では海外の医療機関での研修は、保健・医療行政の研修と見なし、病院又は診療所における研修と見なさないこととしており、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内の原則は適用されないこととなります。また、二次医療圏は、医療機関（病院または診療所）に限定されているため、保健所、介護老人保健施設等も二次医療圏外で可となります。
	「海外の医療機関で診療を行う場合等は、当該医療機関は臨床研修協力施設とする」とありますが、具体的にはどのようなケースを想定していますか。	研修を行う国の法律に基づき海外で診療等の研修を行うことや、海外における「保健・医療行政」を学ぶことを想定しています。
院内の研修・チームの活動	「研修全体において、院内感染や感染症等を含む感染対策、予防接種等を含む予防医療、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、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含むこと。」とありますが、ここに記載されている内容は、研修中に必ず経験しなければならないということでしょうか。	必ず経験する必要があります。ただし、「虐待への対応」等の研修期間中に経験ができない可能性がある内容については、講義形式でも可能としています。
	「研修全体において、感染制御チーム、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、認知症ケアチーム、退院支援チーム等、診療領域・職種横断的なチームの活動に参加することや、発達障害等の児童・思春期精神科領域、薬剤耐性菌、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を含むことが望ましい。」とありますが、活動や研修の参加記録はどのように行うのでしょうか。	研修医及び指導医は、「臨床研修の目標、方略及び評価」の「I 到達目標」に記載された個々の項目について、研修医が実際にどの程度履修したか随時記録を行うものであることとしており、従前の例により、活動や研修の参加記録は随時行って頂く必要があります。なお、現在、経験した症例等を記録することが可能なインターネットを用いた評価システムの検討を進めているところです。
指導体制	必修分野（救急部門）の中で麻酔科の研修を行わないプログラムの場合、必ずしも麻酔科の指導医は不要ではないでしょうか。	基幹型病院の均てん化の観点から、麻酔科を選択できる体制を整えておく必要があります。なお、麻酔科における研修期間は、現行通知5（1）ア（イ）③に記載された研修内容を含む場合は、4週を上限として、必修分野（救急部門）の研修期間に代替することが認められます。
	一般外来の研修は、どの診療科の指導医を、一般外来研修の指導医にすべきと想定されていますか。	総合診療、内科、外科、小児科等の指導医を、一般外来研修の指導医にすべきと想定しています。
	臨床研修病院の指定の基準として、「インターネットを用いた評価システムの導入が望ましい」とありますが、導入の意図を教えてください。	現在、病院独自の評価様式を作成し、紙媒体で評価を実施している病院がいくつかあります。現状紙媒体を用いている病院には、インターネットを用いた評価システムを導入することで、2020年度から新たに導入される標準化された研修医評価票と達成度判定票を用いた評価を効果的・効率的に行いやすくなると考えております。研修医及び評価者等の負担軽減のみならず、一連の研修の評価や卒前研修との一貫性の評価等、研修内容の改善がしやすくなると考えています。
	改正により、研修医が研修内容を把握・指導する方法として、「研修医手帳の作成」から「インターネットを用いた評価システム等」に変更されていますが、研修医手帳の作成は必須ではないのでしょうか。	研修医手帳の作成は、従前と同様に引き続き必須となりますが、「インターネットを用いた評価システム等」の等を含めております。

【臨床研修病院の変更の届出】

区分	質問	回答
変更の届出	臨床研修協力施設の変更（追加・削除）について、プログラム変更の対象となるのでしょうか。	原則は、プログラム変更にて行っていただく必要があります。なお、やむを得ない事情がある場合においては、この限りではなく、管轄の地方厚生局にお問い合わせください。
	今回新たに考えられると明記された臨床研修協力施設である、国際機関（保健医療）、行政機関（保健医療）、矯正施設、産業保健の事業場等を追加する際、研修プログラムに掲げている研修プログラムの特色や目標との整合性が取れない場合は、変更届による臨床研修協力施設の追加に伴い、プログラム変更を行い、特色や目標を変更する必要がありますか。	研修協力施設の整合性が取れない場合、原則は、協力施設が行う研修の内容及び期間等について研修プログラムに明示されていることとしており、プログラム変更は必要となります。必要に応じて、プログラムの目標等の変更を行ってください。
臨床研修の中断	研修を中断した者を受け入れた場合、研修終了時の評価はどのように行えばよいのでしょうか。	研修を中断して再開した場合には、受け入れた研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の終了の際に、中断前の評価も踏まえて最終的な評価を行うこととなります。
	中断手続を行った場合は、病院を変更して再開する必要があるのでしょうか。	再開場所については限定しません。関係者間で中断の検討を行う際には、その理由とともに、同一病院で再開予定か、病院を変更して再開予定かについても併せて検討してください。
	臨床研修期間の途中で、基礎研究を行うため大学院に進学する場合などの理由でも中断手続を行うことができますか。	研究、留学等の多様なキャリア形成のため、臨床研修を長期にわたり休止又は中止する場合にも、中断の手続を行うことは可能です。また、研修の再開場所について、同一の病院とするか、病院を変更するかについては、関係者間でよく話し合ってください。

区分	質問	回答
臨床研修の中断	臨床研修期間中に基礎研究を行うため、大学院に進学できますか。	研究、留学等の多様なキャリア形成のため、臨床研修を長期にわたり休止又は中止する場合には、「中断」という手続があります。その際、研修の再開場所について、同一の病院とするか、病院を変更するかについては、病院とよく話し合ってください。 また、研修医には、臨床研修に専念する義務が課せられていますが、臨床研修の到達目標を適切に達成することを前提とした上で、自助努力により臨床研修の時間外等を利用して大学院に進学することは可能です。臨床研修に支障が生じないよう、例えば、休日・夜間の一部を利用した基礎研究のプログラムを設けている大学院もありますので、病院・大学院とよく相談してください。 なお、医学部を卒業後、まず大学院に進学し、大学院修了後に臨床研修を開始することも可能です。

【臨床研修の評価】

区分	質問	回答
研修期間中の評価	到達目標の達成度は、「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による研修医に対する形成的評価を行うこと。」とされているが、必ずしも研修管理委員会の開催を行う必要はありますか。	年2回以上の形成的評価については、「研修医に対してフィードバックを行うこと」であり、必ずしも研修管理委員会の開催を行う必要はありません。
	「活動や研修の参加記録」はどのようなものを想定しているでしょうか。	活動や研修の参加記録は、「達成度判定票」による評価の根拠資料となることを想定しており、文書記載は随時行う必要があるものとなります。また、記録の際はインターネットを用いた評価システム等を活用し、経験した症例等の記録をすることとなります。
	評価様式については、すべて医師以外の医療従事者（看護師、等）が評価しないとイケないか。	研修医評価表の作成は指導医、医師以外の医療職が必須となっており、指導医以外の医師（当該研修医と関わった上級医など）は必須ではありません。項目によっては、看護師等が評価できない項目があるかと思いますが、できる限り、評価が可能な範囲での記載を行っていただくようにしてください。
	旧制度で研修している研修医が研修を中断し、その後平成32年4月1日以降に研修を再開した場合、旧制度と新制度のどちらに基づいて研修を再開させるのでしょうか。	施行通知 第3の5(2)のとおり、旧制度により行うことができます。
研修期間終了時の評価	研修期間終了時の評価として研修管理委員会に対して報告する際には、施行通知に記載されている「臨床研修の目標の達成度判定票（様式21）」以外の様式を用いてはならないのでしょうか。	様式は必ず使用いただくこととなりますが、様式に加え他のより詳細な書類等を使用することは可とします。

【臨床研修病院の記録の保存】

区分	質問	回答
記録の保存	管理者が5年間保存しなければならない「修了し、又は中断した臨床研修の内容」とは、具体的にどのようなものをいうのでしょうか。	管理者が5年間保存しなければならない「修了し、又は中断した臨床研修の内容」とは、「研修医及び指導医は、臨床研修の目標、方略及び評価」の「I 到達目標」に記載された個々の項目について、研修医が実際にどの程度履修したか随時記録を行ったものとなります。

【その他】

区分	質問	回答
その他	研修期間は今までの月単位から週単位へ記載方法が変更となりましたが、2年間で104週と2日（365日で計算）となるため、この余剰となる2日分の扱いについて教えてください。	余剰となる分については共通カレンダーにて、研修最後の週に含めてください。 例) 1年次4月1日～3月30日+1日、2年次4月1日～3月30日+1日
	様式1別紙2において、「診療科毎の研修医の数」は1週の場合、0.25人と記載して問題ないでしょうか。	差し支えありません。
	研修開始日が祝日などにより通常よりも1週の日数が減る場合、オリエンテーションに当てているが、今後も同様の対応を行っても問題ないでしょうか。	差し支えありません。
	年末年始やゴールデンウィークを休暇（公休）等としていますが、今後も同様の対応を行っても問題ないでしょうか。	差し支えありません。
	プログラム養成講習会は申し込みをしてもなかなか受講できないが、募集人数を増やす等の対応はありますでしょうか。	プログラム養成講習会については、平成31年度から年6回から7回に開催を増やすことで、受講者対応を行うよう検討が進められているところです。

図 6-1 救急及び一般外来研修とブロック研修を並行研修として認められる範囲について

