

# 医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会 議事次第

平成20年 7月18日(金)

10時30分 ~ 12時00分

厚生労働省 省議室(9階)

## ○ 開 会

## ○ 議 事

1. 臨床研修制度の見直しの進め方について

2. その他

## ○ 報告事項

1. 安心と希望の医療確保ビジョンについて

2. 臨床研修に関する省令等の改正(平成20年4月)について

3. 臨床研修の到達目標のあり方に関する検討会(仮称)の設置について

4. 臨床研修の評価のための指針作成検討会(仮称)の設置について

5. その他

## ○ 閉 会

## 資 料

1. 議論のためのたたき台(未定稿)

2. 安心と希望の医療確保ビジョン

3. 「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」の一部改正について(概要)

4. 研修医の募集定員数の適正化について(医政医発第033101号)

5. 臨床研修の到達目標のあり方に関する検討会(仮称)の設置について

6. 臨床研修の評価のための指針作成検討会(仮称)の設置について

7. 臨床研修医の在籍状況

## 議論のためのたたき台（未定稿）

### （1）研修プログラム作成を弾力化するためのモデル事業の実施

- 現行の研修プログラムをさらに弾力化し、研修分野やその期間に係る規定を見直すことが可能かどうかの基礎資料を得るため、大学病院を中心に2年間研修するプログラムについて、以下に例示するようなモデル事業を実施してはどうか。なお、当該プログラムの定員数は、当該大学病院における現行の枠内で設定する。

（例）

- ・ モデル事業として、内科、外科、救急、小児、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科を中心に各コースを設定する。それぞれのコースにおいては、当該診療分野の研修を重点的に行う。なお、各コースについては2年間に内科、外科、救急、小児、産婦、精神、地域保健・医療の研修を任意の期間行う。

### （2）マッチング制度の対象外への取扱い

- 研修医の地域定着を促進する観点から、就職先を限定した地域枠あるいは奨学金を受けている医学生については、奨学金制度等の内容を考慮した上で、マッチング制度の対象外としてはどうか。

### （3）臨床研修病院の指定基準の改正

- 臨床研修の質の向上を図る観点から、臨床研修病院の指定基準を改正してはどうか。なお、運用に当たっては、医師不足地域等の臨床研修病院等に対して、当面、経過措置を設ける。また、医師不足地域等に医師派遣を行っている臨床研修病院等に対しては、その状況等を考慮すべきではないか。

---

また基本的な制度設計を担う国と、現場に直接向き合う地方自治体が、各々その責任を的確に果たすという視点が重要である。

医療制度の改革を進める上では、将来をしっかりと見据えた長期的なビジョンを持ち、現場の声を聞きながら政策の立案や推進を行うことが必要であり、「安心と希望の医療確保ビジョン」を示し改革を進めていく。

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき行われるものであり、治療（「治す」）のみならず、疾病の予防のための措置やリハビリテーションも含め、人々の生活を「支える」かけがえのない営みであるが、ビジョンを示すことで、患者や家族等、あるいは医師をはじめとした医療従事者、また医療従事者になることを志す人々を含めた国民各位が、将来にわたり医療に関する安心と希望を抱くことを期待する。

なお、医療制度と介護制度の役割分担など、必ずしも十分な議論を尽くすことができなかったテーマもあることを付記するとともに、このビジョンで示した施策を実現するため、今後の具体的な取組の中で、無駄を省くための改革努力を引き続き行いながら、必要な財源の確保を図っていくことが必要である。

## 「安心と希望の医療確保」のための3本柱

1. 医療従事者等の数と役割
2. 地域で支える医療の推進
3. 医療従事者と患者・家族の協働の推進

---

---

## 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

##### ア. 医師養成数の増加

「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月）では、2004年の医師数について、医師の勤務時間の現状とあるべき姿とのギャップを「不足医師量」とすると、2004年においては9000人が不足し、将来的には2022年に需給が均衡するとされている。

一方、医師の需給については、様々な要因が関係しており、医師不足問題に対し主に医学部の定員増で対応した場合、効果が現れるまでに長期間かかるため、同時に短期的な施策の検討も必要である。現状において、医師の勤務状況は過重となっており、適正な勤務状況における必要な医療提供体制を確保するため、総体として医師数を増やす方向とし、同時に医師養成環境の整備を行う。

医学部の定員については、平成9年6月3日の閣議決定「財政構造改革の推進について」における、「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」とされていたが、既に、「新医師確保総合対策」（平成18年）と「緊急医師確保対策」（平成19年）によって医師養成の前倒しという方針の下で最大395名の増員が可能となっている。さらに、今回、現下の医師不足の状況にかんがみ、従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加させる。

##### イ. コメディカル雇用数の増加

---

---

患者・家族にとって最適の医療を効率的に提供する観点から、今後、職種間の役割分担と協働に基づくチーム医療を推進していくことが求められるが、その際には、個々の現場でそうした役割分担を進めるための十分な人員を確保できるよう、看護師をはじめとしたコメディカルの雇用数を増加させる。

#### ウ. 総合的な診療能力を持つ医師の育成

医師の専門分化が進む中、内科、小児科、救急から末期がん、認知症、看取りまで患者の全身の状態を踏まえた診療を行う観点から、総合的に患者を診る能力を有する医師の育成を支援する。

#### 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。

#### オ. 歯科医師の養成

歯科医師については、適正な需給について検討し、文部科学省との連携の下に必要な対策を講じる。併せて、将来の歯科医師の活用策について検討する。

### (2) 医師の勤務環境の改善

#### ア. 女性医師の離職防止・復職支援

医師国家試験合格者における女性の増加に伴い、女性医師の割合が上昇している中、女性医師対策は、医師不足対策において最重要

---

---

の課題である。特に産科、小児科といった医師不足問題が強く意識されている診療科の若手医師には女性が多く、こうした女性医師の離職防止、出産・育児等と勤務との両立を安心して行うことができる環境の整備は喫緊の課題である。このため、女性医師の就業率を高め、医療分野が男女共同参画のモデルとなるよう早急に対策を進める。具体的には、「短時間正社員制度」を始めとした出産・育児等に配慮した勤務環境の導入・普及や、キャリア形成における出産・育児への配慮、院内保育所の整備や充実、復職研修の充実などを進める。

#### イ. 医師の多様な勤務形態

医師のワーク・ライフ・バランス等に配慮し、特定の医師に過剰な負担を掛けることがないようにする。例えば、公務員である医師を含め、例えば週のうち数日は地方の医療機関で勤務するなど非常勤医師の活用により地域医療を支える多様な勤務形態の導入、コメディカルの活用も含めたチーム医療の徹底、交替勤務制の導入促進などを図る。

また、産科医療補償制度の早期実現や、医療事故における死亡の原因究明・再発防止を図る仕組みの構築など医療リスクに対する支援体制の整備を進めることにより、医療の透明性の確保や医療に対する国民の信頼の回復につなげるとともに、医師等が萎縮することなく医療が行える環境の整備を進めることが重要である。

#### (3) 診療科のバランスの改善等

医師数の診療科間の適正なバランスを確保するためには、医師総数の増加を前提とする必要がある。その上で、過酷な勤務環境や訴訟リスク等の要因を取り除いていくことが重要である。また、医師の職業選択の自由に配慮しつつ、産科・小児科・救急科・外科等について、現場・地域の意見を重視し、増員のための方策を自治体とともに検討する。

麻酔科については、現在、国が標榜資格を定め許可しているが、

---

---

専門医制度の整備状況を踏まえ、規制緩和を行う。

また個々の病院において実態に見合った適正な医師数を確保するよう、必要医師数の算定方式の見直しを含め、医療法標準を見直す。

#### (4) 職種間の協働・チーム医療の充実

職種間での協働とチーム医療の充実を進める際に当たっては、それぞれの職種が、互いに専門性を尊重しつつ、情報の共有を効率的に行うことにより緊密な連携を充実させ協働関係を築くことで、病院勤務医の過重労働の解消を図りながら、全体として患者・家族、医療従事者もともに安全と安心・納得を生み出すという視点が重要である。

##### ア. 医師と看護職との協働の充実

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(平成19年12月28日医政局長通知。以下「役割分担通知」という。)で示したように、各職種に認められている業務範囲の下での業務を普及する。また現場の看護師が専門看護師、認定看護師の取得を促進する施策を講じ、その普及・拡大に努める。さらに、医師・看護師がそれぞれの専門性を情報共有や会議等を通じて十分に発揮するとともに、効率的な医療の提供に資するため、チーム医療による協働を進める。その際、これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で、自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であることなどから、看護基礎教育の内容及び就労後の研修を充実するとともに、教育の方法や内容、期間について、将来を見渡す観点からの望ましい教育の在り方に関する抜本的な検討を進める。

また助産師については、医師との連携の下で正常産を自ら扱うよう、院内助産所・助産師外来の普及等を図るとともに、専門性の発揮と効率的な医療の提供の観点から、チーム医療による協働を進め

---

る。またその際、助産師業務に従事する助産師の数を増やすとともに、資質向上策の充実も図る。

#### イ. 医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実

摂食・嚥下機能等人々の生活の基本を支える歯科医療においても、チーム医療の下で、歯科医師や歯科衛生士等歯科医療関係職種と、医師や看護師等との連携を進める。

医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。

#### ウ. 医師とコメディカルとの協働の充実

臨床検査技師や臨床工学技士の積極的な活用を図るとともに、医師と作業療法士、理学療法士等のコメディカルとの協働を進めるなど、多職種連携によるチーム医療の普及に努める。

#### エ. 医師・看護職と看護補助者・メディカルクラーク等との協働の充実

患者・家族に最適なサービスを提供する観点から、役割分担通知で示したような物品補充、患者の移動などの看護職と看護補助者の役割分担を進める。また、チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等も含め、看護職と介護職との協働を進める。

メディカルクラーク（医師事務作業補助者、医療秘書など）については、書類記載、オーダリングシステムへの入力などの役割分担を推進するとともに、資質向上の方策について検討する。

また、医師等と患者側のコミュニケーションの仲立ちをし、十分な話し合いの機会を確保するといった業務を担う人材の育成が必要である。



---

---

## 2 地域で支える医療の推進

医療は、人々が地域で安心して生活していく上で欠かすことのできない、国民生活の基盤を支える営みである。とりわけ救急医療が盤石なものであることは、急激な健康状態の悪化に備え、地域のセーフティ・ネットを確保するという観点からその根本をなすものである。また、医療は行政や医師をはじめとした医療従事者のみならず、患者・家族等地域住民が支えるものであるため、救急医療をはじめとした地域医療の様々な側面において、そうした、医療を支えるそれぞれの取り組むべき方策や役割等について以下に整理する。

### (1) 救急医療の改善策の推進

#### ア. 救急医療の充実

救急医療については、医療機関への円滑な搬送を確保しつつ、現行の初期救急、2次救急、3次救急といった3段構えを維持しながら、更なる量的・質的充実を図り、救急患者に対し、地域全体でトリアージ（重症度、緊急性等による患者の区分）を行い、院内の各診療科だけでなく、地域全体の各医療機関の専門性の中から、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関又は院内の診療科へ効率的に振り分ける体制を整備する（管制塔機能を担う医療機関の整備・人材の育成）。

具体的には、救急患者の動向や既存の救急医療に関わる資源、連携の状況等を調査し、当該調査を踏まえ、地域の現状を的確に把握した上で、平時から、管制塔機能を担う医療機関とともに、地域全体の各医療機関の専門性について情報共有し、その情報を住民に対して開示し、救急患者の効率的な振り分け方策について議論しておく必要がある。各医療機関においては、例えば通常業務に加え救急業務を担うことによる医師等の疲弊を防ぐため交代勤務制を整備する。

また救急医療機関での受入れを確実なものとするために、急性期

---

---

を脱した患者を受け入れる病床を確保するほか、夜間・休日等における診療所医師の外来診療の推進など、診療所医師の救急医療への参画を進め、救急医療機関と地域の他の医療機関との間で、地域全体の各医療機関の専門性や、効率的な患者の振り分け方策について情報共有し、その情報を住民に対して開示する。

医療機関と消防機関との連携を強化する観点から、救急医療情報システムにおける情報更新の随時化、救急患者受入コーディネーターの配置、現場の医療従事者と消防機関とで開催するメディカルコントロール協議会における救急搬送等に係る地域の現状把握・協議の充実と住民への開示を推進する。

#### イ. 夜間・救急利用の適正化

また、限りある地域の医療資源を有効に活用するとともに、医師をはじめとする医療従事者の過度の負担を軽減する観点から、不要・不急時の救急医療の利用を最小限のものとするため、軽症患者による夜間の救急外来利用の適正化や、救急車の適切な利用に関する普及啓発に努める。併せて、独居高齢者等の地域における見守りや、妊婦の健康管理の重要性等についての普及、小児科における小児救急電話相談事業（＃８０００）を高齢者を含む成人へ広げるなど、救急電話相談事業の拡充の検討や、家庭への緊急時のマニュアル等の普及を図る。

#### (2) 「地域完結型医療」の推進

救急医療に限らず、地域の限られた医療資源を有効に活用するためには、個別医療機関がそれぞれで全ての医療ニーズに対応する「医療機関完結型医療」ではなく、医療機関がそれぞれの得意分野を活かし、地域全体で完結する「地域完結型医療」が求められる。その際には、医療計画等に基づき自らの地域における役割を検討し、地域連携クリティカルパス等を利用した情報の共有化や円滑なネットワークの構築に努める。また居住系施設や介護施設においても医療機関との連携に努める。

---

一方で行政は、各都道府県の医療計画において定められた、がん、脳卒中、救急医療など4疾病5事業に係る医療連携体制を推進するとともに、地域住民のニーズを調査・把握し、各医療機関が地域のニーズに応じた役割を果たすことができるよう、医療機関に対する情報提供を行う。十分な情報開示を行うことによって、地域住民がネットワークを踏まえて行動するよう普及啓発を進める。あわせて、そうした「地域完結型医療」の普及に向け、モデルとなる成功例を示す。また診療所については、地域のニーズを把握した上で、例えば複数の医師等がグループで診療を行う体制とし、地域の他の医療機関との連携を確保した上で夜間・休日等も含め一定の初期救急も担うなど、機能を強化するとともに、地域住民の利用に資するため、診療所についても十分な情報の開示を進める。

### (3) 在宅医療の推進

患者・家族の生活の質を確保する観点から、医療の提供の場として、医療機関だけではなく住まいを念頭に置く発想も必要であり、退院前・退院後ケアカンファレンス等を通じた切れ目のない医療連携の確保とともに、介護との連携を図る。国及び地方公共団体は、地域で暮らす者の視点に立ち、個々の地域毎に住民のニーズを把握した上で、医療サービスと介護サービスの連携、ボランティア等の活動との連携を進めるとともに、医療、介護、福祉に関する情報を住民に開示する。その際には、予防や社会資源の開発・連携体制の構築等についての医療・介護・福祉の現場における保健師の専門性活用を推進する。さらに、訪問看護ステーションの規模の拡大等を図り、訪問看護の更なる普及を目指すとともに、訪問看護ステーションや在宅医療を提供する医療機関については、地域の多様な在宅医療ニーズに的確に対応することに加え、例えば末期がんや精神・神経疾患等の専門性の高い分野にも対応できるよう、専門性の深化に努める。また、居住系施設における医療ニーズを満たすことを進める。

薬局については、夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応等を確実に実施するため、地域にお

---

---

ける医薬品等の供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実に取り組む。

さらに、患者・家族に対する在宅医療や介護に関する情報の積極的な提供に努めるとともに、地域におけるボランティアや民生委員等を通じて患者・家族への精神的側面も含めた支援を行うような活動等の推進や、それらと医療従事者との連携を図る。

歯科医療においては、高齢者の健康増進や誤嚥性肺炎予防の観点から口腔機能の向上や維持管理が重要であり、在宅医療と連携した、在宅歯科診療を推進していくための人材育成や体制整備を進める。

#### (4) 地域医療の充実・遠隔医療の推進

へき地の医療体制の充実に際しても、地理・気候・人口等の条件や医療資源・連携等に関する情報を収集し、現状把握に努めた上で、必要な医療体制を構築する。その際に、必要な医療資源を確保するため、医師等が地域医療に自ら進んで従事するための方策の検討を進めるとともに、へき地医療機関への支援等を一層充実する。

あわせて、遠隔医療についても、必要な医療資源を確保する観点から、医療の地域格差を是正し、医療の質及び患者の利便性を向上させるため、情報通信機器の整備等により今後一層の推進を図る。

### 3 医療従事者と患者・家族の協働の推進

#### (1) 相互理解の必要性

医療の高度化などにより、医療現場の業務密度が高まっている一方で、このような状態においても我が国では世界的にも高水準の医療へアクセスできることは、医療従事者の日々の努力によるものである。

また、存命率の上昇に伴い、患者・家族等国民の医療に対する期待も上昇している。これに応えるため、医療従事者は患者や家族の肉体的・精神的な苦痛や葛藤を理解し、患者・家族が理解できるよ

---

---

う複雑で専門的な疾病や治療に関しても丁寧な説明を行い、その納得を得るように努めながら、プロフェッショナリズム（職業的専門性）を最大限発揮する必要がある。また医療機関は、患者・家族の不安等を傾聴し、課題に導いていくような相談機能を有するようにする。一方で患者側には、リスクや不確実性が伴うといった医療の限界への理解、及び疾病や治療について主体的な理解に努めつつ、医療従事者と協働する姿勢が必要となり、そうした基盤の上でのコミュニケーションが医療従事者のモチベーションを維持・向上させ、提供される医療への患者・家族の満足度を高めるという好循環を生む。

## (2) 医療の公共性に関する認識

医療は、国民生活の基盤を支える公共性の高い営みであり、患者・家族等国民と医療従事者の双方に、それを支える努力が必要である。

医療従事者は、自身が公共性の高い存在であることを自覚し、地域の医療ニーズを把握し、生涯を通して医師としての水準の向上に努める。

一方、患者側には、自身の健康管理に努めるとともに、例えば安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」。患者にとって便利と思えても、患者の抱えた疾病の克服のための必要性が少ない）により医療機関の負担を不必要に増加させ、真に必要な場合に医療を受けられないことがないようにするなど、自らの地域の医療資源が公共のものであり、有限の資源であるということへの理解が必要である。このため、地域の医療機関等の協力や種々の市民活動を通じて受診行動等についての積極的な普及・啓発を行うとともに、特に産科においては、母子保健活動の充実等により、妊婦健診の適切な受診、分娩に伴うリスクに関する正しい認識、周産期母子医療センターと緊急時のアクセス方法等に関する普及を行う。

## (3) 患者や家族の医療に関する理解の支援

患者や家族に対し療養生活上の心理的社会的問題の解決援助を行

---

うメディカルソーシャルワーカーや、医師等と患者側とのコミュニケーションの仲立ちをするボランティア等を活用することで、自らの療養生活を自立的に構築していけるよう、そうした職種の普及を進める。

あわせて、こうした医療の公共性や不確実性に関する認識の普及、また医療従事者と患者・家族等国民との間の相互理解の推進等を行うような、例えば、地域における語らいの場や地域住民による病院職員との懇談会（「患者塾」「病院探検隊」など）の開催といった市民活動等への積極的な支援と市民への情報提供等を行う。

さらに医療は人々の生命や生活を支える基盤となる営みであることに鑑み、学校教育においても医療に関する教育を行い、幼少期からの、その年齢に応じた医療に関する理解を普及する。

---

---

### Ⅲ．医療のこれからの方向性

これまでの医療は、病気を治すことに主眼を置く「治す医療」が中心であったが、人類史上未曾有の高齢化社会を迎える我が国においては、予防を重視し、日頃からの健康の維持・増進に努めるとともに、こうした「治す医療」だけではなく、病を抱えながら生活する患者と、その家族の生活を医療を通じて支援していくという「支える医療」という発想がより一層求められる。

患者が住み慣れた地域でその人らしく生活し、希望する生き方を選択し、希望すれば在宅での看取りが選べることも必要であり、個人の尊厳の保持を支える在宅医療や訪問看護等を一層推進する。

この「支える医療」に「治す医療」を合わせると、「治し支える医療」となる。「治し支える医療」においては、医療従事者が一方的に提供するだけではなく、医療従事者と患者・家族の双方に、医療とは両者の協働作業であるという視点が重要である。

同時に、ボランティア活動等を通じ、生活者である国民の「治し支える医療」への参画を推進する。

このように、我が国の医療は、「治す医療」から「治し支える医療」に向かっていくものと考えられ、本ビジョンの各施策はそれに資するものである。

## IV. 会議の構成員及び会議の経過

### ◎ 構成員（敬称略）

- ・舛添要一厚生労働大臣
- ・西川京子厚生労働副大臣
- ・松浪健太厚生労働大臣政務官  
（アドバイザー）
- ・辻本好子（NPOささえあい医療人権センターCOML 理事長）
- ・野中博（野中医院院長）
- ・矢崎義雄（独立行政法人国立病院機構理事長）

### ◎ 会議の経過

	日付	議題・ヒアリング対象者（敬称略）
第1回	平成20年 1月7日	フリーディスカッション
第2回	1月29日	歴史的、文化的、国際的位置づけも踏まえた我が国の医療のあり方 ・尾身茂（WHO 西太平洋事務局事務局長） ・新村拓（北里大学一般教育部長）
第3回	2月20日	「ホームケアクリニック川越（在宅療養支援診療所）」視察
第4回	2月25日	ヒアリング（救急、産科、小児科、今後の医療ニーズ） ・桑江千鶴子（都立府中病院産婦人科部長） ・花田直樹（花田子どもクリニック院長） ・中川恵一（東大病院緩和ケア診療部長、放射線科准教授） ・山本保博（日本医科大学救急医学主任教授）
第5回	3月19日	ヒアリング（歯科医師、看護師、助産師） ・田上順次（東京医科歯科大学歯学部部長） ・坂本すが（東京医療保健大学医療保健学部看護学科長） ・堀内成子（聖路加看護大学看護学部部長）
第6回	4月8日	ヒアリング（地域医療） ・小川克弘（青森県むつ総合病院院長） ・須古博信（熊本県済生会熊本病院院長） ・草場鉄周（医療法人北海道家庭医療学センター理事長）
第7回	4月21日	ヒアリング（薬剤師） ・林昌洋（国家公務員共済組合連合会虎の門病院薬剤部長） アドバイザーからのプレゼンテーション
第8回	5月14日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（骨子案）
第9回	5月30日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（骨子案）
第10回	6月18日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（とりまとめ）



## 「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」 の一部改正について（概要）

### 1 主な改正内容

#### (1) 臨床研修病院の指定基準

- ・ 臨床研修を行うのに必要な診療科の確保、救急医療の提供、臨床病理検討会の開催については、研修協力施設を含めないこととする。
- ・ 指定取消の要件に、「2年以上研修医の受入がないとき」及び「協力型病院のみに指定されている病院が臨床研修病院群から外れたとき」を追加する。
- ・ 経過措置を廃止する。

#### (2) 諸手続きの簡素化等

- ・ 当該病院に関する変更届出事項について、病床数、研修管理委員会の構成員を除外する。（年次報告へ）
- ・ 研修プログラムの変更届出事項について、研修協力施設を除外する。
- ・ 研修プログラムの変更届出事項に研修医の募集定員を変更する場合を追加する。
- ・ 病院群を変更する場合、現行の新規申請から研修プログラムの変更届出に準じて対応する。
- ・ 年次報告における提出書類の軽減（研修プログラム添付の省略等）

- #### (3) 必ず必要な研修管理委員会の構成員として当該臨床研修病院及び研修協力施設以外に所属する医師、有識者等を追加する。

### 2 施行日

平成20年4月1日より適用

# 「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」の一部改正について（概要）

## 1 主な改正内容

### （1）臨床研修病院の指定基準

- ・ 臨床研修を行うのに必要な診療科の確保、救急医療の提供、臨床病理検討会の開催については、研修協力施設を含めないこととする。
- ・ 必要な症例数について（例えば分娩数など）について明示する。
- ・ 評価について「財団法人日本医療機能評価機構」を削除する。  
（例示の削除）
- ・ 医療法30条の12による地域医療の確保のための協議や施策の実施への協力を明記。
- ・ 指定取消の要件に、「2年以上研修医の受入がないとき」及び「協力型病院のみに指定されている病院が臨床研修病院群から外れたとき」を追加する。
- ・ 病床数8床に対し研修医1人という経過措置などについて、原則として平成21年3月をもって廃止とする。

### （2）諸手続きの簡素化等

- ・ 病院群を変更する場合、現行の新規申請から研修プログラムの変更届出に準じて対応する。
- ・ 臨床研修協力施設に対する施設証の交付を廃止する。
- ・ 当該病院に関する変更届出事項について、病床数、研修管理委員会の構成員を除外する。（年次報告へ）
- ・ 研修プログラムの変更届出事項について、研修協力施設を除外する。
- ・ 研修プログラムの変更届出事項について、研修医の募集定員を変

更なる場合を追加する。

- ・ 年次報告における提出書類の軽減（研修プログラム添付の省略等）

### （3）プログラムの柔軟化等

- ・ 外科及び救急部門についてそれぞれ3月以上研修を行うことが望ましいことを追加。

当初の12月のうち、3月以内に限り必修科目を研修することを可とする。

- ・ 研修協力施設における研修期間について、へき地・離島診療所等における研修の場合には、3月の上限を廃止

### （4）プログラム責任者及び指導医の要件

- ・ 要件の1つとして、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講していることを必須とする。（指導医については、平成21年4月1日より適用）

### （5）臨床研修病院の新規指定及びプログラム変更の取り扱いについて

- ・ 原則として、当分の間、臨床研修病院の新規指定及び研修医の募集定員の増員は行わないことを追加

## 2 施行日

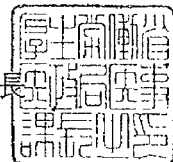
平成20年4月1日より適用



医政医発第 0331001 号  
平成 20 年 3 月 31 日

各 地 方 厚 生 局 長 殿

厚生労働省医政局医事課長



### 研修医の募集定員数の適正化について

平素より、厚生労働行政の推進、特に医師臨床研修制度の円滑な実施にご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、臨床研修病院等における研修医の募集定員数については、昨年 5 月にまとめられた政府・与党の「緊急医師確保対策について」において、「大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在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」とされてきたところであり、また、昨年 12 月の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の報告書において、「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。」とされているところである。

このことから、本年 4 月 1 日施行の「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」において、研修医の募集定員数の変更をプログラム変更と位置付けるなどの改正を行ったところであり、「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 20 年 3 月 26 日付け医政発第 0326002 号。）に加え、下記の取り扱いをすることとしたので、各病院の実情にも留意の上、貴管内の臨床研修病院等の研修医の募集定員数の適正化について指導されたい。

なお、本通知については、文部科学省高等教育局医学教育課と協議済みであることを申し添える。

### 記

1. 経過措置を廃止し、平成 21 年 4 月から、受け入れる研修医の数の上限については、当該病院の病床数を 8 で除した数から 10 で除した数に改めること。（8 床 → 10 床）

2. 原則として、当面の間、臨床研修病院の新規指定や研修医の募集定員の増員は認めないこととする。
3. 原則として、人口10万対医師数が全国値を上回る二次医療圏にある臨床研修病院（単独型・管理型）においては、2年以上にわたり研修医の受入のない場合は、単独型或いは管理型臨床研修病院としての指定を取り消すこと。
4. 研修プログラムに定められていない病院等で研修医が診療を行った場合など、研修体制に不適切な事例があった場合、原則として翌年度以降の募集定員数を減員すること。
5. 研修医の募集定員数が多い都道府県にある臨床研修病院等については、募集定員数の適正化を図ること。特に研修医の採用数が多くかつ医療施設に従事する医師数が多い都道府県にある臨床研修病院等については、その削減に努めること。

# 臨床研修の到達目標のあり方に関する検討会(仮称)の設置について

## 【文部科学省】

モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会

モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会

(医学教育モデル・コア・カリキュラム)

## 連絡会議

## 【厚生労働省】

医道審議会医師分科会

— 医師臨床研修部会

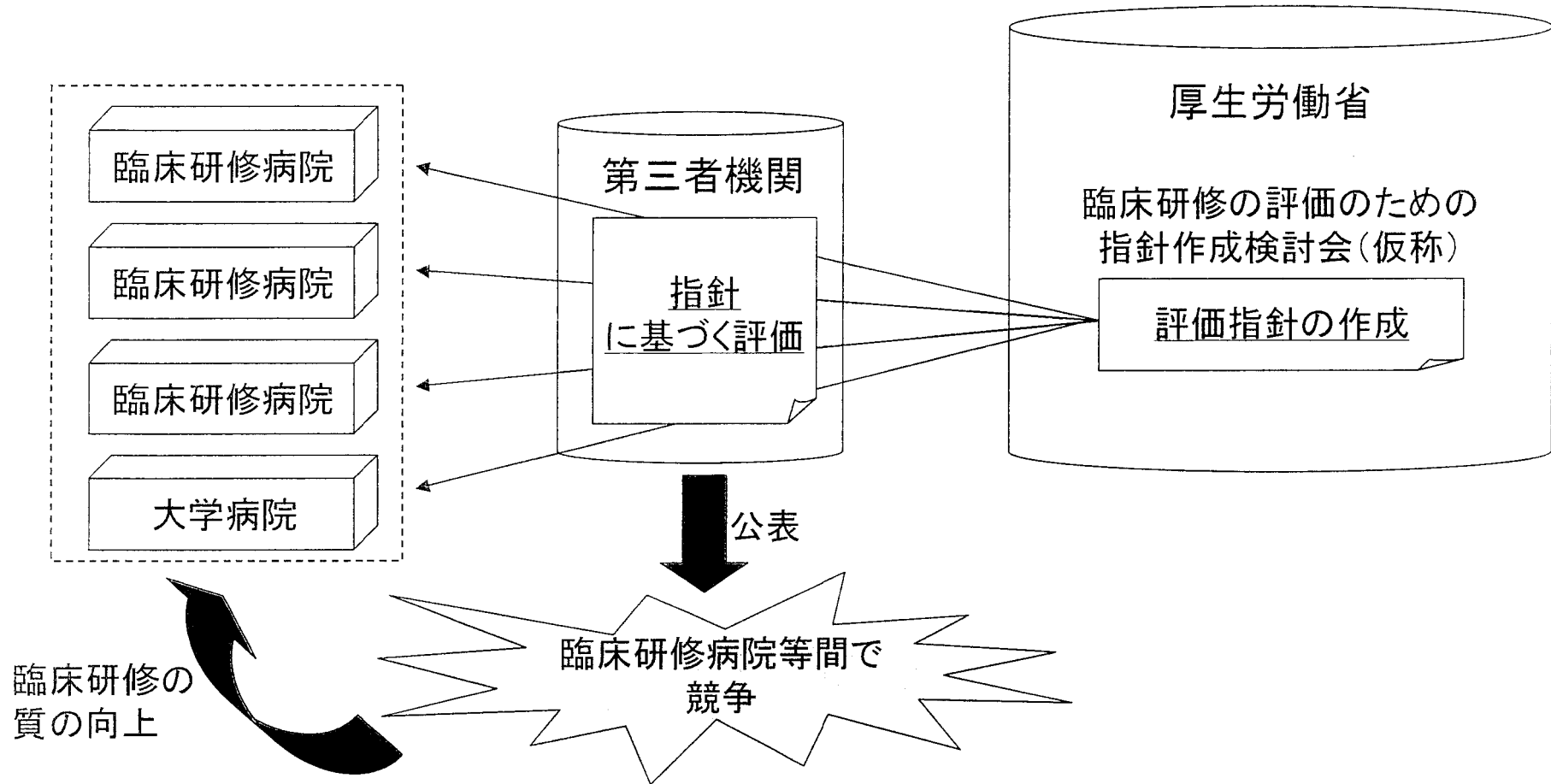
⋮

臨床研修の到達目標のあり方に関する検討会(仮称)

— 医師国家試験改善検討部会

— 医師国家試験出題基準改定部会

# 臨床研修の評価のための指針作成検討会(仮称)の設置について



## 臨床研修医在籍状況の推移

区分	平成15年度		平成16年度				平成17年度			
	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率
臨床研修病院	2,243	27.5	3,193	41.2	3,262	44.2	3,784	47.3	3,824	50.8
大学病院	5,923	72.5	4,563	58.8	4,110	55.8	4,216	52.7	3,702	49.2
計	8,166	100.0	7,756	100.0	7,372	100.0	8,000	100.0	7,526	100.0

平成18年度				平成19年度			
マッチ結果	比率	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率
4,184	51.7	4,266	55.3	4,148	51.2	4,137	54.7
3,916	48.3	3,451	44.7	3,946	48.8	3,423	45.3
8,100	100.0	7,717	100.0	8,094	100.0	7,560	100.0

平成20年度							
マッチ結果	比率	研修医数	比率				
4,087	50.9	4,144	53.6				
3,943	49.1	3,591	46.4				
8,030	100.0	7,735	100.0				

※ 研修医数については、各年度、国家試験合格発表後の厚生労働省医政局医事課調べ

※※ マッチ結果については、マッチング未参加者(自治医科大学、防衛医科大学校卒業生等)を含まない



## 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19年度 採用実績 ②	増 減 ②-①	平成20年度 採用実績 ③	増 減 ③-②	増 減 ③-①
北海道	288	283	△ 5	313	30	25
青森県	56	52	△ 4	63	11	7
岩手県	38	56	18	66	10	28
宮城県	88	99	11	115	16	27
秋田県	61	67	6	63	△ 4	2
山形県	56	70	14	60	△ 10	4
福島県	79	84	5	76	△ 8	△ 3
茨城県	85	109	24	119	10	34
栃木県	119	122	3	126	4	7
群馬県	119	90	△ 29	80	△ 10	△ 39
埼玉県	118	216	98	214	△ 2	96
千葉県	268	268	0	283	15	15
東京都	1,707	1,317	△ 390	1,338	21	△ 369
神奈川県	404	552	148	584	32	180
新潟県	89	67	△ 22	70	3	△ 19
富山県	59	51	△ 8	54	3	△ 5
石川県	95	77	△ 18	86	9	△ 9
福井県	48	49	1	49	0	1
山梨県	54	46	△ 8	51	5	△ 3
長野県	104	112	8	106	△ 6	2
岐阜県	116	102	△ 14	95	△ 7	△ 21
静岡県	109	164	55	160	△ 4	51
愛知県	436	456	20	446	△ 10	10
三重県	77	73	△ 4	75	2	△ 2
滋賀県	83	83	0	85	2	2
京都府	411	282	△ 129	274	△ 8	△ 137
大阪府	689	583	△ 106	613	30	△ 76
兵庫県	310	285	△ 25	319	34	9
奈良県	101	71	△ 30	78	7	△ 23
和歌山県	68	64	△ 4	74	10	6
鳥取県	51	28	△ 23	30	2	△ 21
島根県	30	50	20	37	△ 13	7
岡山県	146	133	△ 13	150	17	4
広島県	181	135	△ 46	142	7	△ 39
山口県	93	67	△ 26	57	△ 10	△ 36
徳島県	68	36	△ 32	49	13	△ 19
香川県	50	58	8	64	6	14
愛媛県	65	72	7	68	△ 4	3
高知県	47	43	△ 4	38	△ 5	△ 9
福岡県	546	450	△ 96	434	△ 16	△ 112
佐賀県	58	48	△ 10	58	10	0
長崎県	105	85	△ 20	68	△ 17	△ 37
熊本県	115	108	△ 7	98	△ 10	△ 17
大分県	54	60	6	54	△ 6	0
宮崎県	50	36	△ 14	45	9	△ 5
鹿児島県	91	57	△ 34	68	11	△ 23
沖縄県	81	144	63	140	△ 4	59
計	8,166	7,560	△ 606	7,735	175	△ 431

※ 採用実績は厚生労働省医政局医事課調べ